



LAUREA
AMMATTIKORKEAKOULU

Uuden edellä

Kirjaamisen simulaatio-ohjelman sisällön kehittäminen

Savolainen, Anna-Greta

Wallin, Clarissa

2013 Laurea Lohja

Laurea-ammattikorkeakoulu
Laurea Lohja

Kirjaamisen simulaatio-ohjelman sisällön kehittäminen

Savolainen, Anna-Greta
Wallin, Clarissa
Hoitotyön koulutusohjelma
Opinnäytetyö
Lokakuu 2013

Savolainen Anna-Greta ja Wallin Clarissa

Kirjaamisen simulaatio-ohjelman sisällön kehittäminen

Vuosi	2013	Sivumäärä	55
-------	------	-----------	----

Tämän opinnäytetyön tavoitteena oli kehittää sähköisen kirjaamisen opintoja Laurea-ammattikorkeakoulussa Lohjan toimipisteessä. Yksi tavoitteista oli oman ammattitaidon kehittäminen sähköisessä kirjaamisessa. Kirjaaminen perustui kansalliseen FinCC-kirjaamismalliin. Opinnäytetyön muodoksi valikoitui laadullinen tutkimus sekä toiminnallisen opinnäytetyön toteutus.

Tarkoituksena oli tehdä sisältöä kehitteillä olevaan kirjaamisen simulaatio-ohjelmaan. Sisällön kehittäminen piti sisällään potilasesimerkkien ja hoitosuunnitelmien teon. Teoriaosuudessa käsitellään näyttöön perustuvuutta, simulaatiota, kirjaamista sekä perusauttamismenetelmiä. Hoitotyön päätöksenteko on myös osa kaikkea hoitotyötä, joten teoriaosuudessa käsiteltiin myös tätä avainkäsitteenä.

Tavoitteena oli tehdä näyttöön perustuvia hoitosuunnitelmia. Hoitosuunnitelmat sisälsivät tehtäviä sairaanhoitajaopiskelijoille. Tulevaisuudessa he tulevat harjoittelemaan sähköistä kirjaamista näiden tehtävien perusteella. Potilasesimerkit olivat sopivia alkuvaiheen opiskelijoille ja niissä oli 1-3 hoidollista tarvetta. Esimerkkejä tehtiin yhteensä kolme kappaletta.

Potilasesimerkkien sisältö sovitettiin perusauttamismenetelmäopintoihin. Tarkoituksena oli kehittää apuväline kirjaamisen opetukseen ja opiskeluun. Aiempi opinnäytetyöryhmä tuotti ohjelmaan vaikeampia, sairaanhoitajaopintojen syventävän vaiheen potilasesimerkkejä.

Arviointi koostui hoitosuunnitelmien todenmukaisuuden ja näyttöön perustuvuuden arvioinnista. Simulaatio-ohjelman käytettävyyden arviointia kerättiin samalla. Arviointi tehtiin kyselylomakkeen muodossa, joka sisälsi ennalta valittuja kysymyksiä.

Arviointia suorittivat ennalta valitut loppuvaiheen hoitotyön opiskelijat, yksi ylemmän ammattikorkeakoulun hoitotyön opiskelija sekä hoitotyön opettaja. Potilasesimerkkejä ja hoitosuunnitelmia arvioi yhteensä kolme opiskelijaa ja yksi opettaja. Ohjelman käytettävyyttä arvioi viisi opiskelijaa.

Potilasesimerkit ja hoitosuunnitelmat olivat arvioinnin mukaan hyvin onnistuneita ja käyttökelpoisia. Simulaatio-ohjelman kehitysprosessi on vielä keskeneräinen, joten arviointia tulisi kerätä myöhemmässä vaiheessa. Jatkokehittämistä ajatellen voisi seuraava opinnäytetyöryhmä luoda keskivaikeita potilasesimerkkejä sekä hoitosuunnitelmia simulaatio-kirjaamisohjelmaan.

Asiasanat: kirjaaminen, simulaatio, näyttöön perustuva hoitotyö, perusauttamismenetelmät.

Anna-Greta Savolainen and Clarissa Wallin

Development of structured documentation: creating content for simulation programme

Year	2013	Pages	55
------	------	-------	----

The aim of this study was to develop documentation studies at Laurea University of Applied sciences, Lohja campus. One of the goals was to develop our own skills at documentation. Documentation was based on Finnish care classification- model (FinCC).

The form of this thesis is qualitative research and the thesis is functional. One of the aims was to create content to a simulation programme which is under development. The content included creation of patient cases with patient care plans.

The theoretical part deals with the evidence-based nursing, simulation, documentation and basic care methods. Decision making in nursing is also a part of evidence-based nursing and was therefore selected to the theoretical part.

The goal was to make patient care plans which were based on evidence. These care plans included tasks for the nursing students. In the future they will practice electronic documentation with these tasks. Patient cases include 1-3 care need tasks so they are suitable for new beginners in documentation.

The content of the thesis was fitted to basic care studies. The aim was to develop a tool for learning and teaching of documentation. The previous thesis work group produced more difficult cases for the simulation programme.

The evaluation was made with a form of questionnaire which contained questions selected in advance.

The patient cases and treatment plans were successfully made and useful for the simulation programme. The development process of the simulation program is not yet complete so the assessment should be collected at a later stage.

A topic for further development could be that the next group to create a thesis in this project would create patient cases and treatment plans of medium difficulty level.

Keywords: Documentation, simulation, evidence-based nursing, methods of basic care.

Sisällys

1	Johdanto.....	3
1.1	Aihe ja tavoitteet	7
1.2	Työn muoto.....	7
1.3	Toteuttamisympäristö.....	7
2	Teoreettiset lähtökohdat	9
2.1	Avainkäsitteet	9
2.2	Näyttöön perustuva hoitotyön kirjaaminen.....	9
2.2.1	Kirjaamisen lainsäädäntö	11
2.2.2	FinCC - kansallinen kirjaamismalli	12
2.3	Simulaatio	16
2.3.1	Simulaation määritelmä.....	16
2.3.2	Simulaatio-opiskelu	17
2.4	Näyttöön perustuva hoitotyö.....	18
2.5	Hoitotyön päätöksenteko	21
2.6	Perusauttamismenetelmät.....	22
3	Toteuttaminen.....	24
4	Hoitosuunnitelmaesimerkit.....	26
4.1	Alzheimerin tautia sairastava potilas.....	26
4.2	Migreeniä sairastava potilas.....	32
4.3	Alipaineimuhoidossa oleva potilas	35
5	Arviointi.....	40
5.1	Potilashoitosuunnitelmaesimerkkien arvioinnin tulokset	43
5.2	Simulaatio-ohjelman käytettävyyden arvioinnin tuloksia	44
5.3	Johtopäätökset ja kehittämis ehdotukset	45
	Lähteet	46
	Kuvat	49
	Kuviot	50
	Liitteet.....	51
	Liite 1.Kyselylomake	52

1 Johdanto

Sähköisen kirjaamisen juuret ulottuvat 1980-luvulle asti, ensimmäisten sähköisten potilaskertomusten muodossa. Sittemmin 2000-luvulla on siirrytty täysin sähköiseen potilaskertomukseen. Suomessa oli tarkoitus siirtyä jo vuonna 2007 sähköisen potilasjärjestelmän käyttöön valtioneuvoksen päätöksellä. Uusi siirtymisaika potilastietojen sähköiseen kirjaamiseen on 1.9.2014 julkisella terveydenhuollolla ja 1.9.2015 yksityisellä terveydenhuollolla (KanTa 2013).

Suomen lainsäädäntö vaatii, että asiakirjoihin merkitään potilaan hoidon toteuttamisen, järjestelyn, suunnitelmien sekä seurannan turvaamiseksi riittävät ja laajat tiedot. Kirjaamisen tulee olla selkeä ja ymmärrettävää. Merkintöjen tulee olla yleisesti tunnettuja ja hyväksyttyjä asiasanoja sekä niiden lyhenteitä. Asiakirjoihin tehdään merkinnät jokaisesta hoidollisesta tapahtumasta. (STM:n asetus potilasasiakirjoista 11 § 2009/298.)

Nykänen ja Junttila (2012) kuvaavat, että potilasasiakirjojen tavoite on edistää hoidon jatkuvuutta sekä palvella potilaan hoidon suunnitelmaa ja toteutusta. Asiakirjan tulee olla muotoon laadittu ja aikajärjestyksessä oleva potilaskertomus. Terveydenhuollon tulee kirjata potilaskertomusta jokaisesta potilaasta.

Hoitohenkilökunnan kirjoittama hoitokertomus koostuu hoidon suunnittelusta, toteuttamisesta sekä seurannasta ja arvioinnista. Kertomukseen kirjataan potilaan päivittäinen hoito ja vointi ja niihin liittyvät merkinnät. Hoitokertomus on moniammatillinen työkalu. (Nykänen ym. 2012.)

Kirjaaminen hoitotyössä on työtehtävä, jota työntekijät suorittavat jatkuvasti. Kirjaamismallin tulee olla toimiva kokonaisuus. Käyttöjärjestelmän käytettävyyks korostuu, kun tavoitteena on tehokas ja sujuva hoitotyön kirjaaminen. Moniammatillisen toiminnan kannalta on tärkeää, että kirjaaminen tukee työntekijöiden päätöksentekoa sekä keskinäistä tiedonvaihtoa. Kirjatun tiedon tulee olla hyödynnettävissä ajantasaisena juuri silloin kuin sitä tarvitaan. (Nykänen ym. 2012.)

1.1 Aihe ja tavoitteet

Opinnäytetyön tavoitteina ja osaamisvaatimuksena opiskelijalle on kehittää ja tuoda esille omaa ammattitaitoaan ja osaamistaan sekä valmiutta soveltaa näitä tulevassa työyhteisössään. Opinnäytetyön on kehitettävä työelämää tai sen aluetta jollain tavalla yhteistyössä työyhteisön kanssa. Kehittämishankkeen aiheena voi olla nykytilanteen ongelma, uusi tuote tai palvelu. Se voi olla uusien toimintamallien tai hoitopolkujen kehittäminen, jossa korostuu työyhteisön tarpeet ja toiveet. (Laurea Lohja opinnäytetyön käytänteet 2012, 4-5.)

Aiheena opinnäytetyössä on sisällön kehittäminen kirjaamisen simulaatio-ohjelmaan Laurea-ammattikorkeakoulussa Lohjalla. Tuotosta on tarkoitus käyttää kehitteillä olevassa kirjaamisen simulaatio-ohjelmassa.

Laurean opiskelijat aloittivat projektissa syksyllä 2012. Tämän opinnäytetyön tekijät aloittivat projektissa keväällä 2013. Opiskelijoiden osa projektissa oli tehdä opinnäytetöitä, joilla tuotettiin sisältöä ohjelmaan. Sisältöä tuotettiin potilasesimerkkien ja hoitosuunnitelmien muodossa. Hoitosuunnitelmiin kirjattiin FinCC-luokituksen mukaista kirjaamista. Opiskelijat näyttivät omaa ammatillista osaamistaan rakentaessaan esimerkit sekä hoitosuunnitelmat itse. Hoitosuunnitelmien tuli perustua tutkittuun tietoon. Nämä kokonaisuudet arvioitiin valikoidun ryhmän toimesta.

1.2 Työn muoto

Työn muodoksi valikoitui toimintakeskeinen laadullinen opinnäytetyö, jonka tuotoksena tuotettiin potilasesimerkkejä hoitosuunnitelmien. Toiminnallisessa opinnäytetyössä on tarkoitus tuottaa fyysinen tuotos tai kehittää tiettyä toiminnallista aluetta. Oman tiedon ja taitojen kehittyminen on tärkeää. Toiminnallisessa opinnäytetyössä tehdään tuotoksen rinnalle raportti, jonka tarkoituksena on osoittaa opiskelijan tiedot, taidot sekä sivistyneisyys. Raportissa ei käydä läpi keskustelua tieteellisellä eikä yhteiskunnallisella tasolla (Vilkkä 2006, 76.)

1.3 Toteuttamisympäristö

Laurea-ammattikorkeakoulu on yksi Suomen palkituimmista ammattikorkeakouluista, joka tuottaa uudenlaista osaamista. Työelämän läheisyys on yksi Laurean toiminnan keskeisimmistä asemista. Laureassa käytetään Learning by Developing -toimintamallia, jossa koulutus, aluekehitys sekä tutkimus ja kehitystoiminta sitoutuvat yhteen. (Laurea-ammattikorkeakoulu 2013.)

Hoitotyön kehitystyötä ohjaa tulevaisuudessa kansallinen ja eurooppalainen innovaatiopolitiikka sekä hoitotyön osaamistarpeet. Opiskelijoita on Laureassa n. 7500 ja henkilöstöä on n. 550. Laurealla on yksiköitä 7 kappaletta Uudellamaalla. Laureassa voi opiskella 17 eri koulutusohjelmassa ja myös englanninkielisiä koulutusohjelmia on 7 kappaletta. Vuonna 2010 valmistuneiden opiskelijoiden työllistymisaste oli 97,8 %. (Laurea 2013.)

Lohjan Laureassa voi opiskella sairaanhoitajaksi sekä tradenomiksi. Sairaanhoitajaksi voi opiskella omien tavoitteiden mukaisesti. Syventymismahdollisuuksia hoitotyön koulutusohjelmassa ovat mielenterveyshoitotyö, aikuisen hoitotyö, yrittäjyys sekä itsenäinen ohjaus- ja vastaanottotoiminta. (Laurea 2013.)

Laurean toiminta nivoutuu laadunhallintaan. Tavoitteena on edelleen kehittää ja ylläpitää laatukulttuuria Laureassa. Työvälineenä laadunhallinnassa toimii laatujärjestelmä. Tämän perusteena voidaan pitää jatkuvan kehittämisen kehää. (Laurea 2013.)

Laurean (2013) mukaan sairaanhoitajan tehtävänä on ehkäistä sairauksia sekä edistää terveyttä. Valmistunut sairaanhoitaja osaa ohjata potilasta sekä tämän omaisia. Hän omaa teorian ja käytännön työtä. Sairaanhoitaja osaa myös kehittää omaa työtään ja työympäristöään. Vuorovaikutustaidot, tarkkuus ja huolellisuus opitaan hoitotyön koulutusohjelmassa.

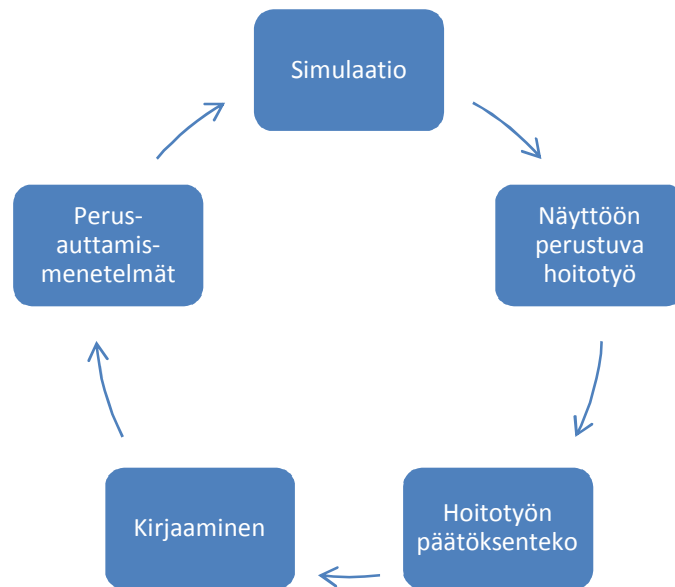
Hyvinvointiteknologian osaaminen ja käyttäminen kuuluvat ammattitaitoon. Koulutus sisältää runsaasti työharjoittelua ja loppuvaiheessa opiskelija voi syventyä valitsemaansa aiheeseen. Useimmat valmistuneet sairaanhoitajat sijoittuvat työelämässä erikoissairaanhoitoon sekä perusterveydenhuoltoon. (Laurea 2013.)

Sairaanhoitajaliiton (1996) mukaan sairaanhoitaja edistää terveyttä ja ylläpitää sitä. Hän ehkäisee sairauksia, sekä lievittää kärsimyksiä. Hän toimii kaikenikäisten hyväksi ja on myös perheiden ja yksilöiden tukena. Hän pyrkii parantamaan elämänlaatua ja harjoittamaan kuntouttavaa hoitotyötä. Sairaanhoitaja antaa potilaan olla mukana päätöksen teossa.

Hän on luotettava ja pitää kiinni salassapitomääräyksistään. Sairaanhoitajan tulisi hyväksyä potilaan erilaiset kulttuuritaustat ja hänen tulee olla oikeudenmukainen. Jokainen potilas on oikeutettu saamaan samanarvoista hoitoa ja huolenpitoa. Sairaanhoitaja vastaa työstään henkilökohtaisesti, arvioi omaa ja tiimin ammattitaitoa. Hänen tulee aina kehittää ammattitaitoaan. Sairaanhoitajat osallistuvat kansainvälisellä tasolla olevaan keskusteluun päätöksen teosta ja terveydestä. (Sairaanhoitajaliitto 1996.)

2 Teoreettiset lähtökohdat

2.1 Avainkäsitteet



Kuvio 1: Tärkeimmät käsitteet opinnäytetyössä

Tärkeimmiksi nousi viisi käsitettä: näyttöön perustuva hoitotyö, simulaatio, perusauttamismenetelmät, hoitotyön päätöksenteko ja kirjaaminen. Avaamme käsitteitä seuraavissa luvuissa ja kuvioissa.

2.2 Näyttöön perustuva hoitotyön kirjaaminen

Hoitotyön tavoite on tukea potilaan selviytymistä. Hoitotyötä edellytetään perustuvan tutkimustietoon. Näyttöön perustuva toiminta saattaa usein tarkoittaa pelkästään prosessia, jossa hyödynnetään tieteellistä tietoa. Hoito on silloin ajankohtaisen tutkimustiedon mukaan arvioitua ja hyöty potilaalle on punnittu. Tiedon lisäksi potilaan hoidossa tulee ottaa huomioon potilaan toiveet, mieltymykset sekä hoitajan osaaminen ja kokemus. Potilaat edellyttävät, että hoitohenkilökunta tuntee uusimman tutkimustiedon ja huomioi niiden tulokset hoitotyössä. (Pekkala 2007, 48.)

Pekkala (2007, 49- 51) kirjoittaa, että tieto on totta, jos se vastaa todellisuutta. Tiedon tulee olla perusteltu niin, että voidaan olettaa uskomuksen olevan todellinen. Hoitopäätöksiä ei voi koskaan perustaa uskomuksille. Hoitotyön ammattilaisen tulee osata valita oikea tieto ja soveltaa se käytäntöön. Tiedon tulee olla julkista, tosiasioihin perustuvaa sekä yleisesti hyväk-

syttyä. Perustelu on osa hoidollista päätöksen tekoa. Hoitotyön ammattilaisen tulee osata seuraavat taidot: tiedon haku, tiedon arvioinnin kriittisyys sekä tiedon soveltaminen tapauskohtaisesti.

Hoitotyön kirjaamisen tulee olla näyttöön perustuvaa (evidence based nursing). Näyttöön perustuvuus pitää näkyä myös hoitoa koskevassa päätöksenteossa ja hoitotoimenpiteissä. Ministeriön, lääninhallituksen ja organisaatioiden omat tavoitteet ohjaavat hoitotyötä valtakunnallisesti. (Hallila 2005, 10.)

Hallilan (2005, 13) mukaan hoitotyön perustuessa näyttöön tulee myös hoitotyön kirjaamisen perustua näyttöön. Kirjaamisen tavoitteena on, että hoitotyön tehottomat ja tieteellisyyttä vailla olevat auttamiskeinot jäävät pois ja resurssit voidaan kohdistaa taloudellisesti ja oikealla tavalla. Tavoitteena on myös huomioida hyödyt tiedonkulussa, jotta potilaat hyötyisivät luotettavasta tiedosta ja hoidostaan hyvin kirjatuihin asiakirjoihin. Tavoitteena on myös, että epätarkka suullinen ja muistinvarainen tiedonsiirto loppuvat. Näyttöä tulisi ehdottomasti saada käytännön työn auttamismenetelmiin. Ongelmana on tiedonhaun tuntemattomuus, sen ollessa uusi asia. Tämä edellyttäisi hoitohenkilöstöltä oikeaa asennetta ja uuden tavan oppimista.

Näyttöön perustuvaa kirjaamista voidaan myös arvioida soveltamalla samoja kriteereitä kuin hoitosuosituksen näyttöön perustuvuudessa. Kriteereitä ovat pätevyys, toistettavuus, luotettavuus, edustuksellisuus, kliininen sopivuus, joustaminen, selkeys sekä tarkkuus. Asiakirjoista voidaan arvioida miten hoidossa on päästy terveydellisiin hyötyihin. (Pekkala 2007, 52- 53.)

Pekkala (2007, 52-53) kertoo, että prosessi dokumentoidaan niin, että seuraava hoitaja, joka on perehtynyt näyttöön perustuvaan hoitotyöhön ja kirjaamiseen, ymmärtäisi myös lukea dokumenttia. Hoidon tarve tulee olla kirjattu niin, että näyttöön perustuvaa tapaa kirjaamisessa käyttävä, myös soveltaisi tietoa samalla tavalla. Kaikki hoitoon osallistuvat kirjaavat dokumenttiin ja potilaan näkökulma tulee tulla esille kirjaamisessa. Kirjaaminen tulee olla selkeää ja yhtenäistä. Hoitoprosessin kuvaus on tarkka ja se sisältää mm. hoitomenetelmät.

Hallila (2005, 14) mukaan hoitoalan työntekijät koostuvat hyvin eritasoisista työntekijöistä. Vaikuttaisi siltä, ettei lyhyen koulutuksen saaneilta hoitajilta voi vaatia näyttöön perustuvaa hoitotyötä. Huolimatta siitä, että heitä on tehokkaasti täydennyskoulutettu. Koulutustaso kuitenkin nousee kokoajan ja näin näyttöön perustuva hoitotyö nostaa päätään.

Hallila (2005, 14-15) mukaan käytännön hoitotyössä työntekijöillä on vaikeuksia keskittyä kirjaamiseen johtuen työpisteiden rauhattomuudesta, työasemien puutteesta ja sähköisten järjestelmien hitaudesta. Työntekijöillä on kuitenkin usein mahdollisuus päästä käsiksi tutkittuun

tietoon. Näytön vahvuus eli näytön aste antaa tietoa, että kuinka luotettavaa tieto on ja näin eritasoiset tutkimustyyppit voidaan erottaa. Tutkimuksia luettaessa tulee lukijan arvioida kriittisesti tuloksia omaan työhönsä. Potilasturvallisuutta ei saa riskeerata uusia auttamiskeinoja kokeiltaessa. Ennen kuin käytäntöjä lähdetään muuttamaan, tulisi tutkimuksien näytön aste olla korkea ja organisaation resurssit tulisi myös ottaa huomioon.

Etiikka ja teknologia

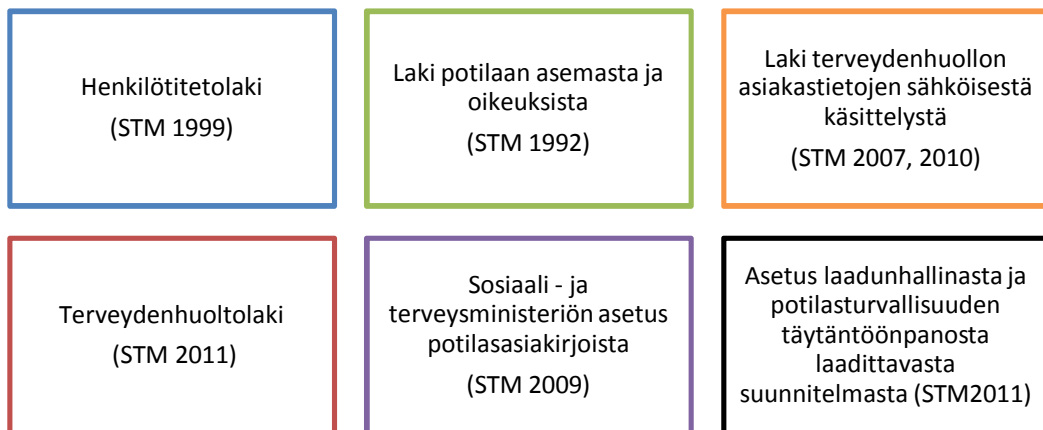
Hoitotyössä teknologian eettisyyden osuus on hyvän elämän tukeminen, itsemääräämisoikeuden tukeminen, ihmisarvon sekä inhimillisen hoidon ja huolenpidon tukeminen. Teknologian on oltava saatavilla yhdenvertaisesti ja oikeudenmukaisesti kaikille. Tietojärjestelmien luotettavuus, turvallisuus ja suojaaminen ovat tärkeää. Potilaan yksityisyys ja oikeus omiin tietoihin tulee muistaa. Teknologian käytöstä tarvitaan myös potilaan suostumus. Käytön ei tule loukata potilasta eikä hänen yksityisyyttään. (ETENE 2010.)

2.2.1 Kirjaamisen lainsäädäntö

Suomen lainsäädäntö vaatii, että asiakirjoihin merkitään potilaan hoidon toteuttamisen, järjestelyn, suunnitelmien sekä seurannan turvaamiseksi riittävät sekä laajat tiedot. Kirjaamisen tulee olla selkeää ja ymmärrettävää. Merkintöjen tulee olla yleisesti tunnettuja ja hyväksytyjä asiasanoja sekä niiden lyhenteitä. Asiakirjoihin tehdään merkinnät jokaisesta hoidollisesta tapahtumasta. Näissä tulee tulla ilmi tulosy, esitiedot, nykystatus, tutkimustulokset, diagnoosi ja loppulausunto. Hoidollisia tapahtumia ovat myös hoidonsuunnittelu, toteutus ja seuranta, sairauden kulku, ongelmat, terveysriskit ja johtopäätökset. (STM:n asetus potilasasiakirjoista 11 § 2009/298.)

Merkintöjä potilasasiakirjoihin saavat tehdä ne, jotka osallistuvat potilaan hoitoon. Yleisesti henkilön tulee olla terveydenhuollon ammattihenkilö, jonka vuoksi muiden potilaan hoitoon osallistujien kirjaaminen tehdään hoitoon osallistuvan terveydenhuollon ammattihenkilön ohjeen mukaan. Terveydenhuollon opiskelijat saavat kirjata potilasasiakirjoihin esimiehen tai ohjaajan hyväksymänä. Ammattihenkilöillä on vastuu tekemistään merkinnöistä. (Potilasasiakirja-asetus 6 § 2009/298.) Merkinnästä tulee ilmentyä tiedonlähde, jos ammattihenkilö ei ole itse havainnoinut asiaa tutkiessa potilasta. Sama koskee muita kun potilasta itseä koskevia tietoja heidän asiakirjoissaan. Merkinnät asiakirjoihin tehdään viivätyksettä ja ne tulee tehdä viimeistään viiden vuorokauden sisällä siitä, kun potilas poistuu hoitoyksiköstä. (Potilasasiakirja-asetus 8 § 2009/298.)

Potilasta tulee kunnioittaa ja kohdella loukkaamatta häntä, hänen vakaumustaan ja yksityisyyttään. Potilaan hoidossa tulee huomioida potilaan äidinkieli, kulttuuri sekä yksilölliset tarpeet. Potilaalla on oikeus tulla kuulluksi ja saada toimituskirjansa suomen- tai ruotsinkielellä, riippuen hänen äidinkielestään. Potilaan tiedonsaantioikeuden mukaan potilaalle tulee antaa selvitys hänen terveydentilastaan, hoidon merkityksestä, eri hoitovaihtoehdoista ja niiden vaikutuksista. Selvitys tulee antaa siten, että potilas ymmärtää selvityksen sisällön. (Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 1992.) Henkilötietolalla ehkäistään teknologian ja tietotekniikkaan liittyviä tietosuojariskejä. Tämä edellyttää velvoitteiden huomioimista sekä huolellisuutta. (Henkilötietolaki 1999.)



Kuvio 2: Hoitotyön kirjaamista säätelevät lait ja asetukset (Ahonen ym. 2012; Finlex 2013)

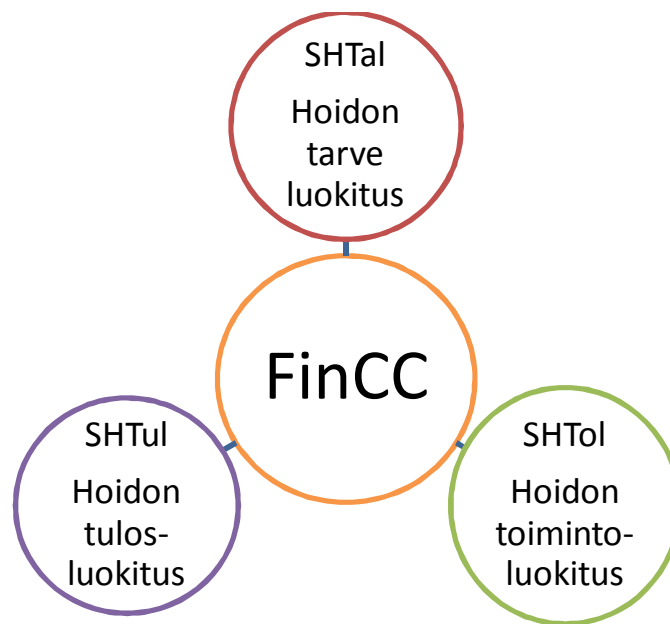
2.2.2 FinCC - kansallinen kirjaamismalli

Suomessa on jo pidemmän aikaa ollut tavoitteena valtakunnallisesti yhtenäinen rakenteinen kirjaaminen ja sähköinen potilastietojärjestelmä. Potilaan hoitoon liittyviä tietoja kuvataan systemaattisesti kirjaamalla sähköiseen potilastietojärjestelmään, hoitoon liittyvien päätöksenteon vaiheiden mukaan. Vaiheet kirjataan aikajärjestyksessä potilaan kertomukseen. (Rautava-Nurmi, Westergård, Henttonen, Ojala & Vuorinen 2012, 45.)

Liljamo, Kinnunen ja Ensio (2012, 54) esittävät, että kansallisen kirjaamismalli ja suomalaisen hoitotyön luokituskokonaisuus Finnish Care Classification (FinCC) versio 3.0, on vuonna 2012 päivitetty käyttöopas hoitajille. FinCC koostuu suomalaisesta hoidon tarveluokituksista (SHTal), suomalaisesta hoitotyön toimintoluokituksista (SHTol) ja suomalaisesta hoidon tulosluokituksista (SHTul). Tarkoituksena on tukea hoitajia kirjaamaan potilaan hoitotyötä päätök-

senteon prosessimallin mukaisesti sähköiseen potilaskertomukseen käyttäen apunaan FinCC-luokitusta.

Luokitukset ovat rakenteeltaan yhteneviä ja muodostuvat komponentti-, pääluokka- ja alaluokkatasoista. Komponenttitaso on tasoista abstraktein. Komponenttitason alle on koottu tarve- ja toimintoluokituksen konkreettiset pää- ja alaluokitukset. Näitä käyttämällä kirjaaminen toteutuu rakenteisesti. SHTul:sta käyttämällä arvioidaan hoidon tulosta, joka liittyy aina hoidon tarpeeseen. Tulosta arvioidaan käyttämällä kolmea vaihtoehtoa: tulos ennallaan EN tai E, tulos parantunut PA tai P, tulos huonontunut HUO tai H. (Liljamo ym. 2012, 54.)



Kuvio 3: FinCC-luokituksen osa-alueet (Liljamo ym. 2012, 54)

Ahonen, Blek-Vehkaluoto, Ekola, Partamies, Sulosaari ja Uski-Tallqvist (2012, 47) tuovat julki, että hoidon tavoitteet (SHTal) on oltava potilaskeskeisiä ja ne asetetaan, joko potilaan odotusten mukaan tai potilaan tilassa odotettavien muutosten mukaan. Tavoitteet määritetään tietyssä ajanjaksossa, tunnistetun ongelman tai ongelmien poistamiseksi tai lievittämiseksi. Tavoitteilla ei kuvata hoitajan toimintoja. Tavoitteiden on oltava hoitotyönmenetelmin mahdollisia ja kirjattuja.

Rautava-Nurmi ym. (2012, 48-49) tähdentää, että päätavoite kuvaa potilaan tilaa, johon pyritään hoitotyön menetelmin. Tavoitteiden on oltava konkreettisia, jotta niitä voidaan arvioida. Tavoitteiden on oltava realistisia ja niiden tulee ottaa huomioon potilaan omat voimavarat. Liian alhainen tavoite syö potilaan motivaatiota ja taas liian korkea tavoite antaa potilaalle liiallista uskoa omiin resursseihin.

Tavoite kuvaa potilaan selviytymistä itsenäisesti, autettuna tai potilaan terveydentilan pysymistä ennallaan. Tavoitteen kuvaus alkaa aina verbillä esim. oppii käyttämään insuliinikynää itsenäisesti. Suunnitellut hoitotyötoiminnot (SHToL) valitaan taas niin, että ne ovat tavoitteisiin nähden tarkoituksen mukaisia ottaen aina huomioon myös potilaan oman tahdon menettelyiden suhteen.

Rautava-Nurmi ym. (2012, 48-49) esittää, että hoidon toteutuksessa (SHToL) toteutetaan suunniteltuja hoitotyön toimintoja. Hoitotyön periaatteita, jotka ovat ammatillisuus, jatkuvuus, omatoimisuus, yksilöllisyys, kokonaisvaltaisuus ja turvallisuus, on hoitotyön toiminnoissa hyvä noudattaa. Käytännössä potilasta autetaan vain niissä asioissa joista hän ei itse suoriudu. Potilaan vastuu omasta hoidostaan lisääntyy, kun häntä ohjataan ja tuetaan omaan hoitoon liittyvissä päätöksissä.

Potilaan itsenäistä selviytymistä lisätään tukemalla hänen omia resurssejaan. Hoitajan käden taidot ja teoretiset tiedot tulevat esille hoitotoimissa. Potilaskertomukseen kirjataan toteutunut hoitotyön toiminto ajallisesti jo toteutuneen, koska toiminto on jo toteutunut kirjaamishetkellä. (Rautava-Nurmi ym. 2012, 49.)

Rautava-Nurmen ym. (2012, 49) mukaan hoitotyön arvioinnissa (SHTuL) vastataan kysymyksiin: onko potilaan hoidon tarpeeseen pystytty vastaamaan, onko tavoitteita saavutettu sekä kuvataan potilaan tilassa tapahtuneita muutoksia ja potilaan kokemuksia hoidosta. Arvioinnissa pohditaan, että oliko tavoitteet asetettu sopiviksi ja realistisiksi potilaalle. Tarvittaessa voidaan pohtia ja asettaa uudet hoidon tarpeet, tavoitteet ja toiminnot. Arvioinnissa pohditaan myös hoidon vaikuttavuutta tavoitteisiin ja potilaan kokemusta ongelman poistumisesta tai lieventymisestä.

Hoitohenkilökunta kerää tietoa hoitotyön tavoitteiden arviointia varten kyselemällä, mittamalla ja tarkkailemalla. Hoitojakson päätyttyä tehdään hoitotyön yhteenveto, joka kattaa arvioinnin potilaan tilasta tulovaiheessa. Tätä verrataan tilaan lähtövaiheessa. Arviointiin kirjataan potilaan hoito ja kaikki tärkeät hoidossa tapahtuneet asiat. (Rautava-Nurmi ym. 2012, 49.)

Päivitettyyn FinCC-luokituksen versioon on lisätty konkreettisia alaluokkia ja kirjaaminen on mahdollistettu joihinkin komponentteihin ainoastaan pääluokkatasolla (Liljamo ym. 2012, 3). Potilaan päivittäisen hoidon kannalta on hoitotyön tietojen kirjaaminen hyvin keskeisessä roolissa. Tämän vuoksi tiedon on oltava viipymättä käytettävissä. Kirjaamisen on oltava rakenteista ja yhtenäistä. Kansallisen hoitotyön kirjaamisen mallin tavoitteena on, että kirjaaminen on systemaattista. Systemaattinen kirjaaminen käytännössä tarkoittaa, että on ennalta sovit-

tu kirjattavien asioiden sisällöstä sekä rakenteisesta kirjaamisesta. (Ahonen ym. 2012, 46-47.)

Kansallisen hoitotyön systemaattisen kirjaamisen mallin mukaan hoitotyön kirjaaminen muodostuu hoitotyön prosessin eri vaiheista. Näitä ovat tulotilanne, hoidon suunnittelu, toteutus ja arviointi. Nämä vaiheet ovat hoitotyön rakenteisen kirjaamisen perusta. Hoitotyön prosessin vaiheet ovat pääpiirteittäin hoidon tarve, hoitotyön toiminnot, hoidon tulokset, yhteenvehto ja hoitoisuus. (Ahonen ym. 2012, 47.)

Tärkeää tietoa kirjaamiseen saadaan myös muilta osa-alueilta kuten henkilötiedot, riskitiedot, hoidon syy, lääkitys, lääketieteellinen diagnoosi, tutkimukset, toimenpiteet, toimintakyky ja apuvälineet. Hoidonarviointi kohdassa mitataan potilaan hoidon määrän tarvetta ja hoidon määrän tarvetta kuvaa hoitoisuus kohta. Hoitotyön kirjaaminen tapahtuu hoitokertomuksessa hoitotyön prosessin vaiheiden mukaisesti. (Ahonen ym. 2012, 47.)

Ahonen ym. (2012, 49) kertovat, että potilaan hoitoisuutta arvioidaan ja sitä tukee potilaan hoidon määrittäminen ja hoitotyön toteutuksen kirjaaminen. Prosessin mukaiseen kirjaamiseen liitetään potilaan hoitoisuus tieto. Potilaan hoitoisuus arvioidaan aina kerran päivässä 24 tunnin ajalta. Tavoitteena hoitoisuusluokituksella on kuvata hoitajan työpanoksen vastaamista potilaan yksilöllisiin tarpeisiin. Tämä liitetään potilaan päivittäisen hoitotyön prosessin mukaiseen kirjaamiseen.

Hoitoisuus luokituksessa käytetään apuna erilaisia järjestelmiä kuten RAFAELA:a, joka on laajasti käytössä oleva valtakunnallisesti vertaileva hoitoisuus-luokitusjärjestelmä, OPCq-mittaria, joka pohjautuu erikoissairaanhoidon laajasti käytössä olevaan OPC-mittariin (Oulu Patient Classification) ja perusterveydenhuollossa käytettävään RAI (Resident Assessment Instrument) tai RAVA-toimintakykymittariin. OPCq-mittari on liitetty hoitotyön prosessin arviointi-kohtaan kansallisessa kirjaamisen mallissa. Hoitoisuuden arvioinnissa käytetään tietoa päivittäisestä kirjaamisesta. (Ahonen ym. 2012, 49.)

Hoitoisuus määritetään eri potilasryhmien saaman hoidon vaativuuden ja määrän mukaan. Sitä kautta voidaan arvioida hoidon laatua, mitoittaa henkilökuntaa tai selvittää hoitotyön kustannuksia. Hoitoisuusluokituksen avulla arvioidaan potilaan hoitoisuus. Potilaat kategorisoidaan eri hoitoisuusluokkiin, hoidon tarpeen ja toimintojen perusteella. (Rautava-Nurmi ym. 2012, 50.)

Hoitoisuuden arviointi on osa hoitotyön prosessia ja se tuodaan esiin numeroin tai sanallisesti. Hoitoisuusmittareita on kehitetty terveydenhuoltoon erilaisia kuten, NETA-, RAI-, OPC-mittari, hoitoisuusluokitusjärjestelmä RAFAELA, PAONCIL-vertailumittari, poliklinikoiden hoi-

toisuusluokitusmittari POLIHOLQ ja psykiatriseen hoitotyöhön PPC-mittari. Hoitohenkilökunnalta hoitoisuusluokitus edellyttää luotettavaa systemaattista hoitotyön kirjaamista. Tämä hoitoisuusluokitus on tulossa päivittäisen hoitotyön kirjaamisen osaksi. (Rautava-Nurmi ym. 2012, 50.)



Kuvio 4: Hoitotyön prosessin vaiheet (Ahonen ym. 2012,49; Liljamo ym. 2012,54)

FinCC-luokitusta käyttäen hoitaja kirjaa potilaskertomukseen, jolloin hoitotyön prosessin vaiheet täydentyvät. (Ahonen ym. 2012, 48; Liljamo ym. 2012).

2.3 Simulaatio

2.3.1 Simulaation määritelmä

Simulaatio jäljittelee todellisuuden tilannetta ja yleensä käyttäjä pystyy vaikuttamaan jotenkin tapahtumiin. Tietokoneella simulointi toteutetaan esim. tietokoneohjelman avulla. Simulaation avulla voidaan harjoittaa erilaisia tilanteita, joita ei ole mahdollista harjoitella muuten. Simulaatio harjoittelu tarjoaa turvallisen ja kontrolloidun oppimisympäristön. (Virtanen 1997.)

Rosenberg, Silvennoinen, Mattila ja Jokela (2013) kirjoittavat, että simulaatiota määritelmänä voidaan kuvata seuraavanlaisesti: todellisuuden jäljitelmä, jossa pyritään saavuttamaan jokin päämäärä. Se voi olla työntekijän testaaminen, työntekijän kouluttaminen sekä asian helpommin ymmärtäminen. Terveysthuollon simulaatiot painottuvat usein akuuttipuolelle, mutta simulaation avulla voidaan myös harjoitella osatehtäväsimulaatioita, tietokoneavusteisia harjoitteluita sekä audiovisuaalisia harjoitteita. Simulaatiotekniikka korvaa tai voi vahvistaa realistisia kokemuksia, jotka tuovat mieleen tai jäljentelevät reaali maailman olennaisia tekijöitä täysin interaktiivisella tavalla. Terveysthuollon simulaatioiden sovellukset voidaan luokitella 11 kategorian ulottuvuuteen. (Gaba 2004.)

Hankittaessa tärkeitä perustaitoja hengen pelastamiseksi on tärkeää ymmärtää hoitotyön perustekijöitä. Sellaisia ovat erilaisten keskeisten fysiologisten, biologisten ja farmakologisten toimintaperiaatteiden osaaminen. Tämä on osa ensiarvoista hoitotyön-, lääketieteen- ja terveydenhoidon-koulutusta. Teknologia on kehittynyt vuosi vuodelta, joka on mahdollistanut realistisempien ja hienostuneempien harjoitteluohjelmien kaupallistamisen. Harjoitteluohjelmat ovat tärkeässä roolissa kliinisten taitojen hankinnassa. (Alinier 2006.)

Sovellusten kehittyminen perustuu tutkimuksiin elvytystaitojen oppimisesta. Kehittymistä on nähty 1960-luvulla aloitetun täyden mittakaavan potilassimulaattoreiden kehittämisessä. Nykyään uudempi opetuslaitteisto mahdollistaa opintoja, joissa käytetään virtuaalitodellisuus simulaattoreita harjoittelun apuna. (Alinier 2006.)

2.3.2 Simulaatio-opiskelu

Sairaanhoitajan koulutus on muuttunut erityisesti lisääntyneen tekniikan vuoksi. Potilasturvallisuus on tärkeä asia ja nykyään ei enää haluta harjoitella toimenpiteitä potilailla. Näin ollen simulaatio-opetus on ottanut paikkansa opetuksessa. On eettisempää sekä turvallisempaa harjoitella eri tilanteita simulaation avulla. (Rosenberg ym. 2013, 3.) Verrattuna perinteiseen teoriapohjaiseen opiskeluun, simulaation kautta oppineella opiskelijalla on työelämään mentäessä valmiina tarvittava kädentaito. Tämä säästää resursseja ja aikaa. Simulaatiooppiminen mahdollistaa myös aikaisemmin aloitettavan käytännönharjoittelun, kun kädentaitoja on harjoiteltu etukäteen. Simulaatio-opetusmenetelmänä on usein edullisempi kuin muut opetusmenetelmät. Simulaatiota käyttävä organisaatio voi säästää rahaa muihin hankintoihin. (Salakari 2011, 14- 15.)

Simulaatio-opetuksen hyötynä organisaatioille on simulaattoreiden järjestämisen helppous. Simuloitu oppiminen on riskitöntä ja turvallisempaa verrattuna oikeaan oppimisympäristöön. Simulaatio-harjoittelu kiistämättä helpottaa ohjaajan työtä. Simulaatio-opetuksessa voidaan keskittyä vain yhden tietyn kädentaidon oppimiseen ja kehittämiseen. (Salakari 2011, 15-16.)

Salakari ym. (2011, 15-16) kertoo, että simulaation kautta ohjaajat voivat myös oppia uutta ja lisätä tietotaitoaan. Organisaation saadut hyödyt simulaatio-ohjauksen käytöstä ovat paremmat oppimistulokset lyhyemmässä ajassa, parempi opetuksen laatu, opiskelun houkuttelevuuden lisääntyminen sekä opiskelumotivaation kasvaminen opiskelijoilla. Myös organisaation imago saa modernin sävyn, kun käytetään tehokkaita ja suorituskykyisiä menetelmiä.

Alinier (2006) mukaan potilassimulaattorista saadaan suuri hyöty asianmukaisen ja tehokkaan käytön avulla. Se mahdollistaa opiskelijoiden oppimisen tietyissä, erikoisissa sekä vaikeissa potilastapauksissa, turvallisessa ja kontrolloidussa toimintaympäristössä. Opettajat voivat simulaatio-harjoittelun avulla arvioida opiskelijan tietämystä, tiimityötä sekä viestintäkykyä. Se edellyttää uudenlaisen opetustyylin hyväksymistä kliinisessä ja tehohoitotyössä, jotta siitä voidaan saada paras mahdollinen hyöty. Ajan kanssa simulaatio-opetuksesta tullaan saamaan suuri hyöty opetukseen ja oppimiseen. (Alinier 2006.)

Beth, Descheneaux, Norfleet ja Pettitt (2009) kertovat, että lääketieteen simulaatiot ovat olleet perinteisesti pieni markkinarako opetustyhteisössä. Simulaatiot ovat jaoteltu seuraavasti; tietokonepohjainen koulutus, tehtäväkohtainen koulutus, koko kehon mannekiini-harjoittelu sekä kirurginen harjoittelu. Tietokonepohjainen harjoittelu ja koko kehon mannekiiniharjoittelu perustuu visuaalisuuteen, reaktioihin, haptiikkaan ja fysiologisiin malleihin.

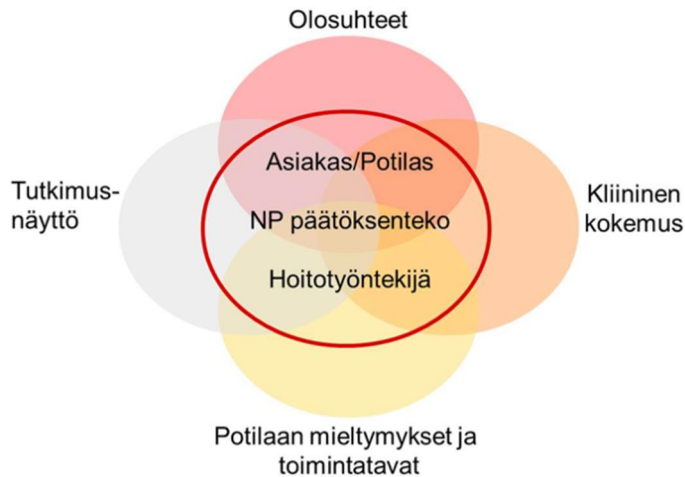
Tietokone simulaatioissa yleensä ohjelmoidaan tietty käsikirjoitus, jonka vuoksi soveltamisala on rajoitettu. Järjestelmät perustuvat täysin visuaalisuuteen ja ohjeiden kuunteluun sekä tyypillisesti niissä ei ole tuntopalautetta. Nämä kuitenkin ovat kohtuuhintaisia ja soveltuvat näin suurempien opiskelija määrien opetukseen. (Beth ym. 2009.)

2.4 Näyttöön perustuva hoitotyö

Näyttöön perustuva hoitotyö (evidence based nursing) oli tässä opinnäytetyössä erityisasemassa. Lähteinä on käytetty Hoitotyön tutkimussäätiön (Hotus) näyttöön perustuvan hoitotyön materiaaleja. Kliinisessä työssä toimivien hoitajien osaamisvelvoitteet STM (2009) mukaan ohjasi näyttöön perustuvaa hoitotyötä. Käypä hoito -suositukset sekä FinCC-luokittelu olivat myös tärkeitä lähteitä opinnäytetyössä.

Suomessa eletään muutoksen aikoja terveydenhuollon piirissä. Monet asiat vaikuttavat terveydenhuollon toimintaan. Kansan ikärakenne muuttuu, toimintatavat ja palvelujen saatavuus vaihtelee, heikko työntekijöiden saatavuus, muuttuvat palvelurakenteet sekä johtoportaan rakennemuutokset. Terveydenhuollolla on haasteena hoitaa sairastuneita tehokkaasti ja edistää kansan terveyttä onnistuneesti. (Ahonen ym. 2012, 16.)

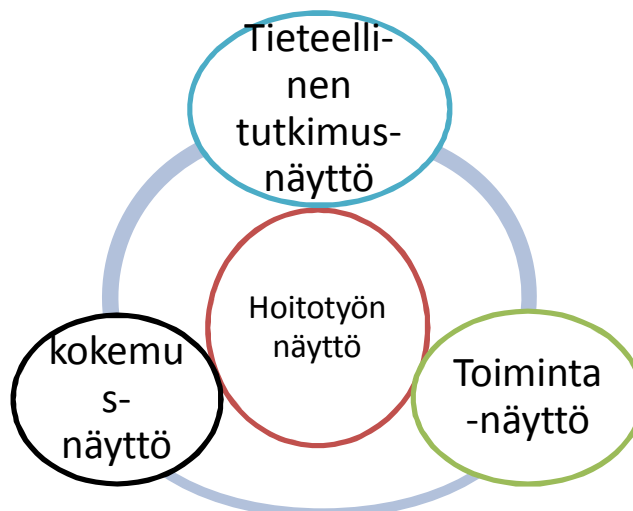
Näyttöön perustuvalla hoitotyöllä tarkoitetaan parhaan mahdollisen tutkimustiedon hyödyntämistä hoitotyön toiminnoissa. Potilaan omat mieltymykset, tilanne ja ympäristö vaikuttavat kliiniseen työhön. Tutkimustiedon puuttuessa voidaan myös käyttää luotettavaa tietoa asiantuntijalta. Hoidon tarpeeseen vastataan näin parhaimmalla mahdollisella tavalla. (Hotus 2013.)



Kuvio 5: Näyttöön perustuva hoitotyö (Hotus 2013)

Hotuksen (2013) mukaan näyttöön perustuvaa hoitotyötä voidaan kuvata hoidon yhtenäistämisen ja työntekijän päätöksen teon tasoilla. Yhtenäistämällä tietyn potilasryhmän hoitokäytännöt asuinpaikasta riippumatta parhaimmalla tiedolla, on tämä hoidon yhtenäistämistä. Yhtenäistäminen helpottaa hoitotyöntekijän päätöksen tekoa. Hoidon yhtenäistäminen ja hoitotyön päätöksen teko tukevat siis toisiaan. (Hotus 2013.)

Näyttö eli todiste (kuviokuva 6) tarkoittaa aineistoa, jota voidaan pitää totena. Näyttö (evidence) voidaan jakaa kolmeen alueeseen: tutkimustietoon, toimintanäyttöön sekä kokemukseen perustuvaan näyttöön.



Kuvio 6: Näyttö (evidence) hoitotyössä (Hotus 2013)

Asiantuntijuustoimintamalli tukirakenteena

Hotuksen (2013) mukaan, näyttöön perustuvan hoitotyön vahvistamiseen tarvitaan tukirakenteita. Niiden tulee täydentää toisiaan kansallisella, organisaatio sekä alueellisella tasolla. Tähtäyksellään on selkeyttää rooleja ja vastuita, sekä väkevoittaa näyttöön perustuvaa toimintaa yksikkötasolla. Tukirakenne on neljän asiantuntijatyypin sekä heidän osaamisen toisiaan täydentymisestä koostuva malli.

Kliinisessä työssä toimivien hoitajien tavoitteena on potilaan hoidossa, kliininen osaaminen (kuva 1). He myös soveltavat tutkittua tietoa hoidossaan, tehden siitä näyttöön perustuvaa. Hoitajan kriittisesti tulee valita sopivaa tietoa, joka sopii yksilöllisesti potilaan hoitoon. Heidän tulee tuoda palautetietoa hoidon toimivuudesta ilmi, jotta tietoa sekä tiedon hankintaa voitaisiin kehittää. Malli tuo esille myös moniammatillisuuden sekä eri ammattiryhmien yhteistyön tärkeyden hoidon laatua ja turvallisuutta parantaessa. (Hotus 2013.)

Asiantuntijuuden tyyppi	Kliinisessä hoitotyössä toimivat hoitajat	Kliinisesti erikoistuneet hoitajat	Kliinisen hoitotyön asiantuntijat	Kliinisen hoitotieteen asiantuntijat
Osaamisen tavoite	<ul style="list-style-type: none"> Vahva kliinisen hoitotyön ja tiedon soveltamisen osaaminen Työ- ja toimintayksikön tuntemus 	<ul style="list-style-type: none"> Vahva erityisosaaminen Tiedon soveltamisen ja kehittämisaosaaminen Työ- ja toimintayksikön tuntemus 	<ul style="list-style-type: none"> Oman kliinisen alueen vahva osaaminen Vahva kehittämisaosaaminen Tutkimusosaamista Järjestelmän tuntemus 	<ul style="list-style-type: none"> Vahva kliinisen alueen tutkimus- ja kehittämisaosaaminen Johtamisaosaaminen Järjestelmän tuntemus
Osaamisen painotus	<ul style="list-style-type: none"> Kliinisen hoitotyön osaaminen Asiakaskohtainen tiedon käyttö ja soveltaminen 			
Toiminta näyttöön perustuvien (NP) käytäntöjen käyttöön-otossa	<p>NP-tiedon käyttö ja soveltaminen hoidossa.</p> <p>Asiantuntemuksen ajantasalla pitäminen ja syventäminen.</p>	<p>NP-tiedon käyttö ja soveltaminen omalla erikoisalalla.</p> <p>NP-käytäntöjen käyttöönoton ohjaus ja tuki työyksikössä.</p> <p>Asiantuntemuksen ajantasalla pitäminen ja syventäminen.</p> <p>Tiedon välittäminen.</p>	<p>Tieteellisen tiedon soveltaminen.</p> <p>Käytäntöjen yhtenäistäminen toimintayksiköissä ja alueella.</p> <p>NP-käytäntöjen kehittäminen ja käyttöönoton tuki.</p> <p>Tiedon levittäminen ja käytön seuraaminen.</p> <p>Asiantuntemuksen syventäminen.</p>	<p>Hoitotyön suositusten laatiminen.</p> <p>Arviointimenetelmien kehittäminen, interventio-, vaikuttavuustutkimus, hyvien/NP käytäntöjen toimeenpanon arviointi.</p> <p>Kehittämisen ja tutkimushankkeiden johtaminen.</p> <p>Asiantuntijuuden kehittämisen tuki.</p>

STM 2009

Kuva 1: Asiantuntijuusmalli hoitotyössä (Hotus 2013)

Käypä hoito - suositukset

Käypä hoito -suositukset perustuvat tutkimusnäyttöön ja ovat riippumattomia suomalaisia hoitosuosituksia. Suositukset ovat tarkoitettu hoitohenkilökunnalle päätöksen teon helpottamiseksi ja kansalaisille tiedoksi. Suositukset sisältävät hoitoprosesseja ja terveyteen liittyviä tietopaketteja. Suomalainen Lääkäriseura Duodecim laatii suositukset asiantuntijaryhmiä ja erikoislääkäriseuraa käyttäen. (Käypä hoito 2013.)

JBI-suositukset

Joanna Briggs Instituten lähestymistapa näyttöön perustuvaan hoitotyöhön on ainutlaatuinen. Näyttöön perustuvan hoitotyön tulee perustua todisteisiin, jotka tulevat ilmi hoitoa annettaessa. Avain asemassa ovat myös potilaan yksilöllinen mieltymys sekä hoitotyöntekijän ammatillainen arviointi hoidon toimivuudesta. Näyttöön perustuva hoitotyö perustuu eräänlaiseen sykliseen prosessiin. Maailmanlaajuiset hoidon tarpeet, jotka hoitohenkilöstö ja potilaat määrittelee, on käytetty tutkimustietona läpi sukupolvien. Näyttö kootaan ja arvioidaan, jonka jälkeen tarpeeseen vastataan, viemällä palveluita terveydenhuollon organisaatioihin. Organisaatioissa toimintoja ja tuloksia voidaan arvioida. JBI- suositukset perustuvat maailmanlaajuisen tutkimustietoon. (Joanna Briggs Institute 2005.)

2.5 Hoitotyön päätöksenteko

Päätöksenteko on reaaliaikaisen tiedon tarkkaa arviointia kun se perustuu näyttöön. Prosessissa hyödynnetään tietoa potilaan hoidossa, johtamistehtävissä sekä opetustilanteissa. Hoidon perustessa näyttöön se ei vain tarkoita, että se perustuu tietoon. Näyttöön perustuvuus tarkoittaa myös hoitajan kliinistä asiantuntijuutta sekä potilaan mieltymysten on tultava hoidossa esiin. Hoitotavoitteet pystytään näin mittaamaan potilaan terveydentilan muutoksista. Tavoiteltavia hoitotuloksia ovat myös potilaan kokemukset ja tyytyväisyys hoitoon. Hoidolliset päätökset tulisi tehdä avoimesti sekä perusteiden tulisi olla läpinäkyviä. (Pekkala 2007, 52.)

Lauri, Eriksson & Hupli (1998, 10) mukaan teemme päätöksiä joka päivä, osan tiedostamattamme ja osan tiedostamme. Päätökset vievät eteenpäin ja ohjaavat ihmisen toimintaa. Ajatteluprosessin tulos on päätös, johon ajattelijan tiedot vaikuttavat ohjaavasti. Tehtäessä hoitopäätöksiä tieto koostuu hoidon, sairauden sekä ihmisen terveyden tuntemisesta. Hoidossa ylläpidetään terveyttä ja edistetään sitä. Näin ehkäistään sairauksien puhkeamista ja pystytään hoitamaan sairauksien aiheuttamia oireita. Potilaan tukeminen ja ohjaaminen muuttuvissa elämäntilanteissa ovat hoidon tavoitteita.

Analyttistä ja intuitiivista ajatteluprosessia sekä näiden kahden yhdistelmää on käytetty laajasti hoitopäätöksen tekemiseen. On useita erilaisia analyttisiä ajattelumalleja ja eniten niistä on tutkittu hoitotyöhön liittyviksi rationaalista ajatteluprosessia sekä tiedon prosessointiin pohjautuvaa ajattelumallia. Rationaalinen ajattelumalli sisältää informaation kokoamisen, analysoinnin, tavoitteen asettelun ja vaihtoehtoratkaisun tekemisen. Tavoitteen näkökulmasta parhaimman vaihtoehdon valinta on osa prosessia. Päätöksen toteuttaminen ja arvioiminen ovat osa rationaalista ajatteluprosessia. (Lauri ym. 1998, 10.)

Lauri ym. (1998, 10- 11) kuvailee tiedon prosessointiin liittyvää ajattelumallia myös nimellä ongelmanratkaisuprosessi. Prosessissa etsitään vihjeitä ratkaistavaan asiaan ja niiden pohjalta voidaan muodostaa ratkaisuun liittyviä oletuksia eli hypoteeseja. Oleellista tiedon prosessoinnin ajattelumallissa on tiedon hankinta systemaattisesti, olettamuksen esittely tietoon pohjautuen, kokeilu ja olettamusten hyväksyntä tai hylkäys. Intuitiivinen ajatteluprosessi on analyttisen ajattelumallin vastakohta. Intuitio on älyllistä toimintaa, joka on tiedostettua tai tiedostamatonta. Siinä voidaan ymmärtää kokonaisvaltaisesti tilanteeseen liittyvät ongelmat käyttäen portaallista prosessia. Intuitiivisessa ajattelussa voidaan kokonaiskuva hahmottaa hyvinkin nopeasti ja siinä olevat ongelmat selviävät oivaltamalla. Lauri ym. (1998, 11) kertoo, että todellisuudessa nämä ajatteluprosessit eivät sulje toisiaan pois vaan todella usein ne toimivat hyvin yhdessä. Näin prosessit täydentävät toisiaan.

2.6 Perusauttamismenetelmät

Kristoffersen, Nortvedt ja Skaug (2006, 59) kertovat, että hoitotyön tekeminen edellyttää tekijältä tietoa ihmisen perustarpeista. Hoitajalla tulee olla tietoa potilaan kokemuksista sairaudesta sekä hoitajan tulee osata samaistua potilaan tilanteeseen. Hoitotyössä tuetaan potilaan selviytymistä. Sairastuessaan ihmisen perustarpeiden hoitaminen korostuu, levon tarve sekä liikkumisen tarpeet muuttuvat. Esimerkiksi potilaan levon tarpeen kasvaessa myös makuuhaavojen riski nousee. Mukavan lepoasennon löytäminen ja sen muuttaminen tietyin väliajoin tulee tärkeäksi.

Ihminen tarvitsee myös ruokaa ja nesteitä, jotka edistävät suolen toimintaa. Potilaan tila määrittää hoidon tarpeen ja miten hoitoa potilaalle annetaan. Hygieniasta huolehtiminen, pukeutumisessa avustaminen, verenkierrasta sekä hengityksestä huolehtiminen ovat tarpeita. (Kristoffersen ym. 2006, 59.)

FinnCC-luokitus sisältää suomalaisen hoitotyön tarveluokituksen (SHTaL) ja toimintoluokituksen (SHToL) ja tuloluokituksen (SHTuL). FinnCC-luokituksen keskeiset hoitotoimintojen komponentit ovat: aktiviteetti, erittäminen, selviytyminen, nesteytys, terveyskäyttäytyminen,

terveyspalvelujen käyttö, lääkehoito, ravitsemus, hengitys, kanssakäyminen, turvallisuus, päivittäiset toiminnot, psyykkinen tasapaino, aistitoiminta, kudoseheys, jatkohoito, elämäntahti, verenkierto sekä aineenvaihdunta. (Rautava-Nurmi ym. 2012, 45.)

Päivittäiset toiminnot sisältävät pääluokat: puhtaudesta huolehtiminen, ruokailun järjestäminen, liikkumisessa avustaminen, wc- toimintojen turvaaminen, apuvälineiden järjestäminen sekä apuvälineiden käytön ohjaamisen ja päivittäisiin toimintoihin liittyvän ohjauksen. (Iivonen ja Syväoja 2008, 4-5).

Hoitotyön toiminnot tapahtuvat hoitajan ja potilaan välisessä ohjaus/auttamistilanteissa. Hoitajan omat tiedot, kädentaidot sekä kommunikointi- ja havainnointitaidot ovat tapauskohtaisesti hoitotyön toiminnan perustana. Potilaan ja omaisen tiedot, näkemys asiasta ja tilanteesta ovat myös tärkeitä. (Lauri 2010, 13- 14.)

Rautava-Nurmen ym. (2012, 49) mukaan hoitotyön auttamismenetelmät vaihtelevat potilaan toimintakyvyn, terveydentilan, elämäntilanteen, ympäristön ja arvojen mukaan. Auttamismenetelmillä viitataan juuri niihin toimintoihin, joilla autetaan potilasta parantamaan terveyttään, selviämään sairaudestaan ja sen tuomista rajoituksista. Auttamismenetelmillä voidaan tarkoittaa myös tukea ja hoitoa kuoleman lähestyessä.

Auttamismenetelmien on oltava tavoitteisiin nähden tarkoituksenmukaisia ja hoitotyön menetelmien valinnassa on otettava huomioon hoitotyön periaatteet, potilaan psyykkiset ja fyysiset valmiudet itsehoitoon. Hoitohenkilökunnan resurssit ja käytettävät materiaalit rajaavat myös hoitotyön menetelmän valintaa. (Rautava-Nurmi ym. 2012, 49.)

Hoitotyön auttamismenetelmien tarkoitus on vaikuttaa ihmisen hyvän edistämiseen. Menetelmiä joilla vaikutetaan ihmisen fyysiseen olemukseen voi olla juottaminen, syöttäminen, hierominen, kivunlievitys ja asennonvaihdot. Menetelmät voivat sisältää ohjausta, neuvontaa tai vaikka ympäristön muuttamista (esteettisyys, ikkunan avaus, valaistus). Potilaan asioiden hallintakykyä ja tunne elämän eheyttä voidaan lisätä tajunnan kautta vaikuttavilla menetelmillä kuten esim. tuen ja ajan antaminen, lohdutus, empatia, kuunteleminen, huumori, rohkeus ja asettuminen toisen asemaan. (Hallilla 2005, 87.)

Liljammo ym. (2012,13- 14) kirjoittaa, että hoitotyön auttamismenetelmät ja toiminnot ovat hoitohenkilöstölle niitä menetelmiä ja keinoja, joilla pyritään vastaamaan potilaan hoidontarpeeseen. Keskeiset auttamiskeinot sisältyvät eri muodoissa myös suomalaiseen hoitotyön toimintoluokitukseen. Auttamiskeinoja ovat potilaan auttaminen, tukeminen, hoitaminen, toteuttaminen, erilaisten välineistä sekä asioista huolehtiminen ja potilaan ohjaaminen.

Keskeisenä osana hoitotyön toiminnoista on potilaan tilan ja oireiden seuranta ja tarkkailu. Tarkkailu ja havainnointi alkavat heti potilaan ja hoitajan ensikontaktista, jolloin hoitaja jo kerää tärkeää informaatiota potilaan hoidon aloittamiseksi. Aktiivisella tarkkailulla ja seurannalla voidaan ennakoida potilaan tilan muutosta tai jopa välttää kokonaan muutoksen synty. (Liljamo ym. 2012, 13- 14.)

Hoitotyön toimintona avustaminen sisältää useita komponentteja, jotka löytyvät FinCC-luokituksen käyttöoppaasta. Komponenttitaso kuvaa tarve- ja toimintoluokituksia, jolloin toiminnot kuvaavat hoitotyön auttamismenetelmiä. Kuvattaessa esimerkkinä päivittäisiä toimintoja voidaan nähdä, että näihin liittyy esim. peseytymisessä ja pukeutumisessa avustaminen, omatoimisuuden tukeminen, suun ja hampaiden hoidossa avustaminen, ruokailussa avustaminen, liikkumisessa avustaminen, WC-toiminnoissa avustaminen sekä asioinnissa avustaminen ym. (Liljamo 2012, 15- 16.)

3 Toteuttaminen

Laurean Lohjan yksikössä on aloitettu simulaatio-opetus pienimuotoisesti. Lohjalla voidaan harjoitella simulaatio-tilanteita siihen valmistetun simulaationuken avulla. Tämän opinnäytetyön avulla haluttiin selvittää opiskelijoiden kiinnostusta kirjaamisen simulaatioharjoittelua kohtaan.

Kirjaamisen simulaatio-ohjelmaan aiempi opinnäytetyöryhmä on tuottanut syventävän tason potilasesimerkkejä, joten tarkoituksenamme oli tehdä helppoja potilasesimerkkejä kansallisen kirjaamismallin (FinCC) mukaan juuri aloittaneille opiskelijoille. Alkuperäisen suunnitelman mukaan potilastapaukset tulevat osaksi perusauttamismenetelmä- ja kirjaamisopintoja. Potilasesimerkit sisälsivät hoitosuunnitelman. Tekijät näyttivät omaa ammatillista osaamistaan rakentamalla tuotoksen.

Opinnäytetyöprosessi alkoi tammikuun 28. päivä, jolloin opinnäytetyön aiheet esiteltiin. Samana päivänä opiskelijoille kerrottiin sitoutumisesta projekteihin. Prosessin alkuvaiheeseen liittyi erinäisiä tehtäviä, sekä luentoja hoitotieteestä ja tutkimuksen teosta. Opiskelijan tuli hakea toivottua opinnäytetyöaihetta hakemuksella. Hakemukseen tuli perustella valintaa ja ilmoittaa mahdollinen työpari. Opinnäytetyön aiheen saamiseen vaikutti opiskelijan opintopisteet. Valinnan jälkeen prosessissa oli erilaisia tehtäviä opinnäytetyöhön liittyen, tapaamisia opinnäytetyön ohjaajan ja kehitysryhmän kanssa.

Työn alustava suunnitelma esiteltiin seminaarissa 19.3.13. Keväällä tapasimme sähköisen ohjelman tekijän sekä ohjaajamme 4-7.4.13. Suunnitelmaseminaari pidettiin 30.5.13 ja tähän mennessä oli työn teoreettinen osuus jo laaja. Kesän aikana työstiittiin potilasesimerkkejä

hoitosuunnitelmiseen sekä teoriaosuutta hiottiin. Potilasesimerkkien ajatustyön pohjalla käytettiin Käypä hoito -suosituksia ja muita laadukkaita näyttöön perustuvia lähteitä.

Opinnäytetyön teoriaosuuteen on haettu tietoa useista tietokannoista. Näitä olivat Medic, EBSCO, Google, Google Scholar, Laurus, Sage Journal sekä Terveysportti. Lisäksi suurin määrä tietoa haettiin manuaalisin hauin. Tietoa haettiin aiheisiin sopivin hakusanoin. Hakusanoja olivat esimerkiksi simulaatio, näyttöön perustuva hoitotyö, kirjaaminen, Hotus, Käypä hoito, toiminnallinen opinnäytetyö ja laadullinen tutkimus. Edellä mainittu haku on tuottanut paljon sisältöä opinnäytetyöhön.

Hoitosuunnitelmaesimerkissä, joka käsitteli Alzheimerin tautia sairastavaa potilasta, käytettiin lähteenä Käypä hoito -suosituksia (2010- 2011) muistisairaudet ja virtsankarkailu. Suosituksista saatiin jonkin verran apua hoitosuunnitelman tekoon. Hoitosuunnitelmassa näkyi lähinnä tekijän kokemusnäyttöön perustuva ammattiosaaminen. Alzheimerin tautia sairastavan potilaan hoitosuunnitelma on kuvattu taulukossa 1.

Migreeniä sairastavan potilaan hoitosuunnitelma pohjautui lähes täysin Käypä hoito -suositukseen migreeni, joka oli laadittu vuonna 2008. Hoitosuunnitelmassa toteutettiin lääkehoitoa ja vaihtoehtoista hoitoa suosituksen mukaan. Hoitosuunnitelma oli näin täysin tutkituun tietoon perustuva. Migreeniä sairastavan potilaan hoitosuunnitelma on kuvattu taulukossa 2.

Alipaineimuhoidossa olevan potilaan hoitosuunnitelmassa apuna olivat Käypä hoito -suositukset krooninen alaraajahaava sekä diabeetikon jalkaongelmat. Nämä suositukset päivittyivät vuosille 2007 ja 2009. Alipaineimulaitteen internetsivuilta löytyivät mm. käyttöohjeet, tutkimustietoa ja tuotteiden esittelyitä. Kaikkia edellä mainittuja tarvittiin hoitosuunnitelman teossa. Tieto oli ajankohtaista sekä luotettavaa. Potilaan kotihoito- ohje oli päivitetty vuonna 2011. Alipaineimuhoidossa olevan potilaan hoitosuunnitelma on kuvattu taulukossa 3.

4 Hoitosuunnitelmaesimerkit

4.1 Alzheimerin tautia sairastava potilas

Esitiedot:

Potilas on 87-vuotias rouva Hattara, joka on pitkäaikaishoidossa vuodeosastolla. Potilaan aktiivisuus ja omatoimisuus ovat vähentyneet. Potilas on asunut tähän saakka kotona kotihoidon ja omaisten avuin. Ystävätär, jonka kanssa rouva Hattara on ollut aktiivinen ulkoilija ja kerhoissa kävijä, kuoli noin vuosi sitten. Rouva Hattara ei ole halunnut mennä oikein mihinkään tämän jälkeen, ja siksi yleiskunto ja terveydentila ovat laskeneet. Nyt potilas on tullut vuodeosastolle kotona pärjäämättömyyden vuoksi.

Tulohaastattelu:

Tytär on mukana tulohaastattelussa. Rouva Hattara kertoo, että hän pärjää hyvin kotona ja ettei tarvitse mitään apuja. Kotihoidon mukaan potilas ei saa syötyä ruokaa kunnolla, ja potilaan kotoa löytyy syömättömiä aterioita. Rouva Hattara on yrittänyt syödä aterioita siinä onnistumatta. Ruoan tähteitä on kuivunut ruokapöydälle. Juomalasi ei pysy kunnolla kädessä, joten hän käyttää korvallista mukia. Potilas on myös laihtunut 4 kg kahdessa kuukaudessa. Paino on tullessa 67,4 kg.

Kotihoidosta on lisätty käyntejä kolmeen kertaan päivässä, jotta ruokailua voitaisiin seurata. Hoitokäynneillä oli tullut ilmi, ettei rouva Hattara pysty kontrolloidusti viemään lusikkaa suuhun. Siksi hän ei ole saanut itse syötyä kunnolla. Potilas on liikkunut rollaattorin avulla, mutta nyt kuitenkin liikkuminen vaikeutunut niin, ettei pääse ilman apua ylös sängystä. Rouva ei halua ottaa vastaan hoitajien apua. WC:ssä käynti ei myöskään onnistu ilman apua.

Rouva Hattara ei itse muista käydä WC:ssä, ja kouruvaippa on melkein aina kotihoidonhoitajan käynneillä litimärkä. Rouva on ollut monesti ärtynyt ja nukkuu paljon. Hän ei muista viikonpäiviä ja puhuu usein ahdistuneen oloisena vanhoista asioista. On päiviä, jolloin häneen ei saa kontaktia lainkaan. Tytär kertoo myös, ettei äiti enää pysty soittamaan omaisilleenkaan, jos hän tarvitsee apua esim. kaupassa käyntiin. Omaiset ovat kovin huolissaan Rouva Hattaran pärjäämisestä.

Diagnoosi: Alzheimer.

1) Opiskelijan ohje	2) Opiskelijan ohje	3) Opiskelijan ohje	4) Opiskelijan ohje	5) Opiskelijan ohje
Kirjaa potilaalle hoidon tarve, valitse hoidon tarve luokituksesta oikeat pää- ja alaluokat.	Kirjaa tavoite saman komponentin mukaan kuin tarve.	Kirjaa suunnitellut toiminnot ja valitse toiminto luokituksesta oikea pää- tai alaluokka.	Kirjaa toteutuneet toiminnot ja valitse toiminto luokituksesta oikea pää- ja alaluokka, sekä kirjaa tehdyt toiminnot.	Arvioi hoidossa tapahtuneet toiminnot.
Hoidon tarve	Tavoite	Suunnitellut toiminnot	Toteutuneet toiminnot	Hoidon arviointi
5256/ Päivittäiset toiminnot 5265/Ruokailuun liittyvä avun tarve	5256/ Päivittäiset toiminnot	1442/ Päivittäiset toiminnot/1677/Omatoimisuuden tukeminen 1448/Ruokailussa avustaminen	1442/ Päivittäiset toiminnot/1677/Omatoimisuuden tukeminen 1448/Ruokailussa avustaminen	1442/ Päivittäiset toiminnot
Ti 23.4.2013 klo 11.40 Potilaalla on vaikeuksia saada lusikkaa suuhun ja kaataa tytären kertoman mukaan usein ruokajuomat syliinsä. Paino on laskenut 4 kg kahdessa kuukaudessa. Paino tullessa 67,4 kg	Ti 23.4.2013 klo 11.40 Potilas syö omatoimisesti ja saa riittävästi ravintoa. Paino nousee 1 kg/kk tai pysyy samana 67,4 kg	Ti 23.4.2013 klo 11.40 Kannustetaan potilasta syömään itse. Varmistetaan hyvä ruokailuasento ja hyvä ote ruokailuvälineistä. Tarjotaan potilaalle mahdollisuutta käyttää aterimia, joissa paksumpi kädensija. 1242/Ravitsemus/ 1243/ Ravitsemustilan kartoittaminen/ 1245 Painon kontrollointi Ti 23.4.2013 klo 11.40 Kontrolloidaan painoa 1 x viikossa.	Ti 23.4.2013 klo 12.30 On avustettu potilasta lusikan saamisessa suuhun. On kannustettu myös potilasta omatoimisuuteen. Katsottu, että ruokailu asento on hyvä. Sai hyvin syötyä pienellä avustuksella. Kokeili käyttää lusikkaa jossa paksumpi kädensija, mutta ei kokenut saavansa siitä apua ruokailuun. Halusi syödä tavallisella lusikalla. Ti 23.4.2013 klo 14.00 Söi pullan ja joi iltapäiväkahvin omatoimisesti.	Ti 23.4.2013 klo 20.42 Ruokailut sujuneet jo paremmin ja potilas on nyt saanut varmas- ti riittävästi ruokaa syötyä. Potilaalla on edelleen vaikeuksia lusikoitavien ruokien kanssa. Pyydetään fysioterapeuttia arvioimaan kuntoutuksen tarpeen EN: ENNALLAAN

Taulukko 1: Alzheimerin tautia sairastavan potilaan hoitosuunnitelma

Taulukko 1 jatkuu

<p>Ti 23.4.2013 klo 16.30 Tytär oli avustamassa päivällisellä. Opastettu tytärtä kuinka ruokailussa avustetaan. Tytär kertoi, että potilas söi hyvin ja, että oli vähän auttanut lusikan saamista suuhun asti. Sai aika hyvin juotua ruokajuomat, kun piti kahdella kädellä kiinni lasista.</p> <p>Ti 23.4.2013 klo 20.00 Iltapalalla söi leipää ja teetä omatoimisesti.</p>	<p>1242/Ravitsemus Ti 23.4.2013 klo 11.45 Paino on ollut 67,4 kg tullessa.</p>
<p>1242/Ravitsemus/ 1243/ Ravitsemustilan kartoittaminen/ 1245 Painon kontrollointi</p> <p>Ti 23.4.2013 klo 11.20 Paino on tällä hetkellä 67,4 kg (mitattu vaatteet päällä). Pituus oman kertoman mukaan 163 cm.</p>	

Taulukko 1 jatkuu

1) Opiskelijan ohje	2) Opiskelijan ohje	3) Opiskelijan ohje	4) Opiskelijan ohje	5) Opiskelijan ohje
Kirjaa potilaalle hoidon tarve, valitse hoidon tarve luokituksesta oikeat pää- ja alaluokat.	Kirjaa tavoite saman komponentin mukaan kuin tarve.	Kirjaa suunnitellut toiminnot ja valitse toiminto luokituksesta oikea pää- tai alaluokka .	Kirjaa toteutuneet toiminnot ja valitse toiminto luokituksesta oikea pää- ja alaluokka sekä kirjaa tehdyt toiminnot .	Arvioi hoidossa tapahtuneet toiminnot .
5021/Erittäminen 5031/ Virtsautumiseen liittyvä häiriö	5021/Erittäminen	1022/Erittäminen 1032/ Virtsautumisen seuranta 1040/Virtsan pidätyskyvyttömyyden seuranta	1022/Erittäminen 1032/ Virtsautumisen seuranta 1040/Virtsan pidätyskyvyttömyyden seuranta	1022/Erittäminen
Tiistai 23.4.2013 klo 7.40 Ei pysty pidättämään virtsaa, eikä osaa itse mennä WC:hen kun on virtsaamistarpeen tuntua.	Tiistai 23.4.2013 klo 7.40 Käy WC:ssä rollaattorin turvin ohjattuna ja vaippa pysyy kuivana.	Tiistai 23.4.2013 klo 7.40 Avustetaan usein WC:hen. Laitettu kouruvaippa päiväksi ja yöksi on laitettu teippivaippa. Tarvittaessa voidaan käyttää myös housuvaippaa.	Tiistai 23.4.2013 klo 08.00 Käynyt WC:ssä yhden hoitajan turvin aamupesujen yhteydessä, teippivaippa oli aika märkä ja virtsasi reilusti wc-pönttöön. On laitettu potilaalle kouruvaippa. Tiistai 23.4.2013 klo 12.50 Käynyt aamupäivän aikana yhden hoitajan turvin kaksi kertaa WC:ssä, sanonut itse ettei ole tarvetta. Kummallakin kerralla oli kuitenkin virtsannut wc-pönttöön. Kouruvaippa oli kuiva. Tiistai 23.4.2013 klo 21.00 Iltapäivän aikana nukkunut paljon ja ollut hyvin ärtynyt kun herätelty kahville, joten käytetty WC:ssä yhden hoitajan turvin vasta kahvin jälkeen, jolloin vaippa oli litimärkä.	Tiistai 23.4.2013 klo 21.15 Vaippa on pysynyt kuivana, kun potilas käynyt usein WC:ssä. Iltapäivä kahville voisi potilasta herätellä aikaisemmin jotta hän kerkeäisi herätä ja piristyä sen verran että voisi käydä WC:ssä ennen kahvia. Potilas on piristynyt illalla ja kertaalleen ilmoittanut olevan tarvetta päästä vessaan, jolloin virtsannut ja vatsa toiminut pönttöön.

Taulukko 1 jatkuu

<p>Illalla oli piristynyt ja käynyt moneen otteeseen hoitajan avulla WC:ssä. Illalla oli kertonut olevan tarvetta käydä vessassa. Vaippa oli pysynyt kuivana. Yöksi oli laitettu teippivaippa.</p> <p>Keskiviikko 24.4.2013 klo 05.16 Vaippa oli märkä, kuivitettu sängyssä kahden hoitajan avulla. Oli aivan unessa, eikä yrityksistä huolimatta herännyt WC-käynnille.</p>				
1) Opiskelijan ohje	2) Opiskelijan ohje	3) Opiskelijan ohje	4) Opiskelijan ohje	5) Opiskelijan ohje
Kirjaa potilaalle hoidon tarve, valitse hoidon tarve luokituksesta oikea komponentti.	Kirjaa tavoite saman komponentin mukaan kuin tarve.	Kirjaa suunnitellut toiminto saman komponentin mukaan kuin tarve ja tavoite.	Kirjaa toteutuneet toiminnot saman komponentin mukaan kuin tarve ja tavoite. Kirjaa myös tehdyt toiminnot.	Arvioi hoidossa tapahtuneet toiminnot .
5000 Aktiviteetti 5001 Aktiviteetin muutos 5002 Aktiviteettien heikkeneminen	5000 Aktiviteetti	1000 Aktiviteetti 1001 Aktiviteetin seuranta 1002 Aktiviteettia edistävä toiminta 1005 Toiminnallinen kuntoutus	1000 Aktiviteetti 1001 Aktiviteetin seuranta 1002 Aktiviteettia edistävä toiminta 1005 Toiminnallinen kuntoutus	1000 Aktiviteetti
Tiistai 23.4.2013 klo 7.50 Potilas on väsynyt ja haluton sosiaaliseen kanssakäymiseen ja liikkumiseen. Jää helposti sänkyyn makaamaan.	Tiistai 23.4.2013 klo 7.50 Liikkuu päivittäin osaston käytävällä hoitajan turvin vähintään kerran ja jaksaa seurustella muiden kanssa.	Tiistai 23.4.2013 klo 7.50 Kannustetaan omaisia viemään rouvaa ulkoilemaan ja mahdollisuuksien mukaan päiväkerhoon, jossa potilas on aikaisemminkin käynyt.	Tiistai 23.4.2013 klo 12.30 Fysioterapeutti oli jumpannut Rouva Hattaran kanssa aamupalan jälkeen sekä kävelleet käytävällä rupatellen mukavia. Potilas syönyt aamupalan ja lounaan päiväsalissa mutta ei vielä ole ottanut muihin potilaisiin kontaktia.	Tiistai 23.4.2013 klo 20.05 Potilas oli kovin väsynyt aamupäivällä, mutta piristyi selkeästi kun omaiset tuli käymään.

Taulukko 1 jatkuu

Osallistuu mieluisaan viriketoimintaan.	Kävellään käytävää pitkin rollaattorin avulla potilaan kanssa vähintään keran päivässä, jotta liikuntakyky pysyisi ja rouva piristyisi. Kannustetaan potilasta keskustelemaan muiden potilaiden kanssa päiväsalissa. Pitää myös paljon musiikista.	Seuraa kyllä sivusta hoitajien ja muiden potilaiden keskustelua. Tiistai 23.4.2013 klo 19.55 Omaiset olivat illalla vierailulla, jolloin potilas kovin puhelias ja iloinen. Oli ennen sitä kuunnellut radiota.	Viedään potilas jatkossakin kävellen päiväsalin ruokailemaan, jotta saa siitä vähän aktiviteettiä päivään ja tottuu ympäristöön.
---	--	--	--

4.2 Migreeniä sairastava potilas

Esitiedot:

Potilaana on 69-vuotias rouva, jolla ei ole säännöllisiä lääkityksiä käytössä. Hän on asunut vuoden verran palvelutalossa, koska kotona pärjääminen miehen kuoltua ei enää lopulta onnistunut. Rouva on kovin muistamaton, mutta muuten ikäisekseen terve. Migreenityyppistä päänsärkyä hän on kuitenkin potenut jo nuoruudesta asti.

Nykytilanne:

Potilaalla on alkanut klo16.30 päänsärky ja potilas tunnistaa kivun migreeniksi. Näkökentässä hän kuvaa auran. Potilaan vitaaliarvoissa RR 166/76 p. 87, verensokeri 6.1 ja happisaturaatio on 98 % eli normaalit. NRS 0-10 asteikolla potilas kuvaa kivun olevan 8. Pahoinvointia potilaalla myös on ja hän on oksentanut kaksi kertaa.

Ohjausrivi 1	1) Opiskelijan ohje	2) Opiskelijan ohje	3) Opiskelijan ohje	4) Opiskelijan ohje	5) Opiskelijan ohje
	Kirjaa potilaalle hoidon tarve. Valitse hoidon tarve luokituksesta oikeat pää- ja alaluokat.	Kirjaa tavoite saman komponentin mukaan kuin tarve.	Valitse hoitotyön toiminto luokituksesta oikeat pää- ja alaluokat.	Kirjaa toteutuneet toiminnot samojen hoitotyöntoimintoluokituksen, pää- tai alaluokien alle.	Arvioi hoidossa tapahtuneet toiminnot komponenttien alle.
	Hoidon tarve	Tavoite	Suunnitellut toiminnot	Toteutuneet toiminnot	Hoidon arviointi
Kirjausrivi 1	5297 Aisti- ja neurologiset toiminnot/5313 Akuutti kipu/5315 Päänsärky 1.8.13 klo 16.30 Potilaalla on alkanut migreenikohtaus. Potilas näkee auran ja kipu on NRS asteikolla 7. Ei viitteitä aivotapahtumaan. Vitaalit RR 166/76 p. 87, veren-sokeri 6.1 sat. % on 98 %. Potilas oksentanut x 2 ja voi hieman pahoin.	5297 Aisti- ja neurologiset toiminnot Kipu ja pahoinvointi helpottavat	1510 Aisti- ja neurologiset toiminnot 1538 Kivun hoito 1.8.13 klo 16.30 Ohjataan potilas omaan huoneeseen, joka pimennetään valoista. Kylmäkääre otsalle. 1201 Lääkehoito 1.8.13 klo 16.30 Kipulääkitään potilasta, kunnes NRS normalisoituu. Lääkitään potilasta Panadol 1 g+ Burana 600 mg+ Primperan 10 mg p.o.	5297 Aisti- ja neurologiset toiminnot 1538 Kivun hoito 1.8.13 klo 16.32 Ohjattu potilas huoneeseensa, sammutettu kirkkaimmat valot ja verhot on vedetty ikkunan eteen. Potilas käynyt sängylle lepäämään. Tuotu kylmäkääre otsalle. Annettu soittokello potilaalle käteen. 1216 Lääke suun kautta 1.8.13 klo 16.35 Annettu potilaalle Panadol 1 g, Burana 600 mg ja Primperan 10 mg po. vesi tilkan kera.	5313 Akuutti kipu/5315 Päänsärky 1538 Kivun hoito 1.8.13 klo 17.35 Potilaan migreenikohtaus on lauennut nopealla hoidolla. 1201 Lääkehoito 1.8.13 klo 17.35 Potilas näyttää hyötynneen kipulääke ja pahoinvointilääke yhdistelmästä. Voidaan käyttää potilaalla jatkossa, jos kohtaus uusi.

Taulukko 2: Migreeniä sairastavan potilaan hoitosuunnitelma

Taulukko 2 jatkuu

<p>1535 Kivun seuranta/ kivun voimakkuuden mittaaminen 1536 1.8.13 klo 16.30 Seurataan kipua, tavoitteena migreenin laukeaminen. NRS-Mittari arvioinnissa</p>	<p>1535 Kivun seuranta/ Kivun voimakkuuden mittaaminen 1536 1.8.13 klo 16.30 NRS asteikolla potilas kuvaa kivun 8.</p>	<p>1535 Kivun seuranta/ Kivun voimakkuuden mittaaminen 1536 1.8.13 klo 16.30 NRS asteikolla potilas kuvaa kivun 8.</p>	<p>1535 Kivun seuranta /Kivun voimakkuuden mittaaminen 1536 1.8.13 klo 17.35 Potilaan kipu NRS-asteikolla oli hoidon alussa 8 ja laskenut 3 tasolle. Voidaan näin olettaa kivun helpottaneen.</p>
<p>1202 Lääkkeenvaikutuksen seuranta 1.8.13 klo 16.30 Seurataan kuinka kipulääke alkaa vaikuttaa.</p>	<p>1710 Verenpaineen, pulssin ja rytmin seuranta 1.8.13 klo 16.40 Mitattu potilaan vitaaliarvoja: RR 130/57 p. 65 ja säännöllinen.</p>	<p>1710 Verenpaineen, pulssin ja rytmin seuranta 1.8.13 klo 16.40 Mitattu potilaan vitaaliarvoja: RR 130/57 p. 65 ja säännöllinen.</p>	<p>PA/ Parantunut</p>
	<p>1535 Kivun seuranta/ Kivun voimakkuuden mittaaminen 1536 1.8.13 klo 16.55 Potilas kertoo olon hieman helpottaneen. Huono olo on väistynyt. NRS kuitenkin vielä 5.</p>	<p>1710 Verenpaineen, pulssin ja rytmin seuranta 1.8.13 klo 17.00 Mitattu potilaan vitaaliarvoja: RR 133/67 p. 63 ja säännöllinen.</p>	
	<p>1535 Kivun seuranta/ kivun voimakkuuden mittaaminen 1536 1.8.13 klo 17.35 Kivut alkaneet hellittää hyvin, potilas kertoo NRS:n olevan asteikolla 3.</p>	<p>1535 Kivun seuranta/ kivun voimakkuuden mittaaminen 1536 1.8.13 klo 17.35 Kivut alkaneet hellittää hyvin, potilas kertoo NRS:n olevan asteikolla 3.</p>	

4.3 Alipaineimuhoidossa oleva potilas

Esitiedot:

Potilaana on 67-vuotias nainen, joka on kaatuessaan saanut jalkaan hematooman. Hematooman kipeytyessä on päätetty poistaa hematoomakakku säärestä. Kirurgi on päättänyt, että potilaalle voidaan kokeilla piko-alipaineimuhoitoa.

Nykytilanne:

Potilaan iho on muuten ehjä, revidoitu haava on operointipäivänä (24.6.13) ollut 5 x 3 cm kokoinen, syvyydeltään 2 cm ja hieman jännettä ollut näkyvissä. Potilas on omatoiminen ja asuu kotona miehensä kanssa. Kotisairaanhoido käy hoitamassa haavaa revidoinnin jälkeen.

Ohjausrivi 1	1) Opiskelijan ohje	2) Opiskelijan ohje	3) Opiskelijan ohje	4) Opiskelijan ohje	5) Opiskelijan ohje
	Kirjaa potilaalle hoidon tarve, valitse hoidon tarve luokituksesta oikeat pää- ja alaluokat	Kirjaa tavoite saman luokan mukaan, kuin tarve	Kirjaa suunnitellut toiminnot saman komponentin mukaan kuin tarve ja tavoite	Kirjaa toteutuneet toiminnot samojen hoitotyöntoimintoluokituksen pää- tai alaluokkien alle	Arvioi hoidossa tapahtuneet toiminnot komponenttien alle
Kirjausrivi 1	Hoidon tarve	Tavoite	Suunnitellut toiminnot	Toteutuneet toiminnot	Hoidon arviointi
	5324 KUDOSEHEYS 5341 Akuutti haava/ 5342 Kirurginen haava	5324 KUDOSEHEYS/	5324 KUDOSEHEYS 1568 Haavan hoito	5324 KUDOSEHEYS 1568 Haavan hoito	5324 KUDOSEHEYS
	Hematoomaa revidoitu 24.6.13 tuloksena n. 2 cm syvä haava, jonka pohjalla hieman jännettä näkyvissä, muutoin haavassa ei ole tulehduksen merkkejä. Haavan pohjassa ei ole katetta. Haavan koko 5x3 cm, hieman veristä vuotoa. Aloitettu pico- alipaineimu hoidoksi.	Haavan pohja nousee ihon pintaan. Haava paranee.	1.7.13 klo 11.00 Sidosten vaihto 3-7 päivän välein erityksen mukaan. Haavan hoito aina sidosten vaihdon yhteydessä. Huuhdellaan NaCl 0,9%, kuivataan kuivilla taitoksilla. Cavilon spray haavan reunoille. Duo-derm haavan reunoille suojaamaan ihoa. 1567 Haavan vuodon ja erittämisen seuranta	1.7.13 klo 11.15 Haava sidokset avattu, viimeksi hoidettu haavan revidoinnin yhteydessä sairaalassa, jolloin pico- hoito aloitettu. Pico- laite ollut ensimmäisen 7 päivää käytössä, sidoksissa pientä kuultovuotoa. Haavan syvyys on 1,5cm, jännettä ei näkyvissä. Haavan reunat ovat siistit. Läpimitta haavalle on n. 4+2,5cm. Huudellaan haava NaCl, jonka jälkeen kuivaus kompressein. Cavilon-spray reunoille. 1567 Haavan vuodon ja erittämisen seuranta	1.7.13 klo 11.45 Haavan pohja on noussut noin 0,5 cm viikossa, joten hoito sopii potilaalle. Potilas on ollut lähes kivuton. Hoito jatkuu vielä, kunnes haavan pohja on ihon tasolla. Potilas koki Pico-laitteen käytön helpoksi ja sen käyttö sujui ongelmitta.

Taulukko 3: Alipaineimuhoidossa olevan potilaan hoitosuunnitelma

Taulukko 3 jatkuu

	<p>1.7.13 klo 11.00 Seurataan kuultovuodon kehittymistä sidoksissa päivittäin. Tarvittaessa sidosten vaihto. Jatkokontrollit erikoissairaanhoidossa.</p>	<p>1.7.13 klo 11.10 Sidosten avaamisen jälkeen todetaan siisti haava, joka tuottaa hie-man kudosnestettä. Sidoksissa vähän kuultovuotoa. Voidaan olettaa, että seuraava vaihto tulee viikon päähän erityksen määrän vuoksi.</p>	EN/Ennallaan
	<p>1703 Alipaineimuhoidon toteutus/ 1569 Haavasidoksen vaihto 1.7.13 klo 11.00 Huolehditaan sidoksen vaihdon yhteydessä uusien hankkimisesta. Koko tulee sovittaa haavaan. Pico- laitteen vaihto 7 päivän välein. Pico-laitteen toimintakyvyn ylläpitäminen.</p>	<p>1569 Haavasidoksen vaihto/1703 Alipaineimuhoidon toteutus 1.7.13 klo 11.10 Valitaan sidoksen koko haavan mukaan 5x5 cm. Haavan reunoille Duoderm haavan reunojen mukaan. Pico- sidos päälle ja teippaukset. Uusi pico- laite ja patterit koneeseen. Liitetty haavasidokseen, jonka jälkeen imu toimii oikein ja pico- laite antaa merkkivalon toiminnasta.</p>	
	<p>1573 Haavan hoitoon liittyvä ohjaus 1.7.13 klo 11.00 Pico-laitteen ohjeet toimintakyvystä. Peseytymisohjeet laitteen kanssa. Potilas ymmärtää laitteen toiminnan, sekä osaa ilmoittaa jos laite on epäkunnossa.</p>	<p>1573 Haavan hoitoon liittyvä ohjaus 1.7.13 klo 11.45 Ohjataan potilasta suojaamaan laitetta suihkun ajan. Opetetaan merkkivalojen merkitys ja sovitaan seuraava kotisairaanhoidon käynti viikon päähän.</p>	

Ohjausrivi	1) Opiskelijan ohje	2) Opiskelijan ohje	3) Opiskelijan ohje	4) Opiskelijan ohje	5) Opiskelijan ohje
	Kirjaa potilaalle hoidon tarve, valitse hoidon tarve luokituksesta oikeat pää- ja alaluokat	Kirjaa tavoite saman luokan mukaan, kuin tarve	Kirjaa suunnitellut toiminnot saman komponentin mukaan kuin tarve ja tavoite	Kirjaa toteutuneet toiminnot samojen hoitotyöntoimintoluokituksen pää- tai alaluokkien alle	Arvioi hoidossa tapahtuneet toiminnot komponenttien alle

Kirjausrivi 2	Hoidon tarve	Tavoite	Suunnitellut toiminnot	Toteutuneet toiminnot	Hoidon arviointi
	5297 Aisti- ja neurologiset toiminnot 5313 Akuutti kipu 5317 Toimenpiteeseen liittyvä kipu	5297 Aisti- ja neurologiset toiminnot	5297 Aisti- ja neurologiset toiminnot 1201 Lääkehoito/ 1538 Kivunhoito	5297 Aisti- ja neurologiset toiminnot 1201 Lääkehoito 1206 Lääkehoidonohjaus	1201 Lääkehoito
	Jalan ihon kudosa-vaurio aiheuttaa kipua potilaalle. Potilaan mukaan alipaineimu on hieman kivuliasta, potilaan mukaan jalka särkee yöllä.	Toimenpide on mahdollisimman kivuton potilaalle. Kudosvaurion aiheuttama kipu on hallinnassa.	1.7.13 klo 10.00 Lääkärin määräyksestä Burana extend 800mg x 2 aamuin illoin särkyyn, lisätään potilaan lääkelistalle. Tarvittaviin Panadol forte 1g x 3 1204 Lääkehoidon ohjaus 1.7.13 klo 11.00 Tieto potilaalle, että voi ottaa ylimääräisen Panadol 1g kipulääkkeen haavanhoidon jälkeen, jos alipaineimu- hoito tekee kipeää.	1.7.13 klo 10.15 Annetaan potilaalle mukaan ensimmäisen päivän annos Burana 800mg ja tulostettu lääkelista. 1206 Lääkehoidon suullinen ohjaus 1.7.13 klo 11.30 kerrotaan potilaalle haavanhoidon yhteydessä, että jos jalka alkaa särkeä illemmalla, voi potilas ottaa vielä yhden Panadol 1 g po.	1.7.13 klo 11.50 Jalan haavan kudosa-vauriokipu on hallinnassa, ja potilas kertomansa mukaan pärjää mainiosti ilman tarvittavia lääkkeitä. Haavanhoidon yhteydessä kuitenkin kipulääkitään potilasta, kunnes haava on lämpänä ihon pintaa. EN/ Ennallaan

Taulukko 3 jatkuu

	<p>1537 Kivun arviointi 1.7.13 klo 10.00 Arvioidaan haavanhoito kerroilla kipulääkityksen riittävyttä</p>	<p>1538 Kivunhoito 1.7.13 klo 10.45 Panadol 1 g po.</p> <p>1537 Kivun arviointi 1.7.13 klo 11.00 Potilaan ei ole tarvinnut ottaa tarvittavia Panadol 1 g:sia, koska jalka ei ole enää särke- nyt öisin.</p>	<p>1537 Kivun arviointi 1.7.13 klo 11.00 Potilas kertoo, ettei ole sairaalasta pääs- tyään muutamaa päivää enää tarvin- nut syödä tarvittavia Panadol 1 g:sia, koska jalka ei ole enää sär- kenyt öisin.</p> <p>PA/ Parantunut</p>
--	---	---	--

5 Arviointi

Toiminnallisessa opinnäytetyössä yhdistyy toiminnallisuus (ammattillista taitoa), teoreettisuus (ammattillinen tieto), tutkimuksellisuus (käyttäjä tutkimus, tutkiva tekeminen) ja raportointi (ammattillinen viestintätaito). Toiminnallisessa opinnäytetyössä on tutkimustiedon tarkoituksena rajata, kehittää, täsmentää, uudistaa sekä luoda mahdollista tuotosta palvelemaan ti-laajaa paremmin. Siinä tavoitellaan tietoa, jolla voidaan saada toiminnallinen tuotos. (Vilka 2010, 1-4.)

Tutkijan moraali sekä tutkimuksen etiikka ovat tärkeitä laadullisessa opinnäytetyössä. Tutkimuseettiset kysymykset korostuvat laadullisessa työssä, kun tiedonhankinta on vapaa-muotoista sekä muistuttaa arjen vuorovaikutusta. Tiedonkeruumenetelmän avoimuus voi vai-keuttaa eettisten ongelmien punnitsemista etukäteen. Eettiset kannat vaikuttavat tutkijan tekemiin ratkaisuihin. Tutkimuksen tulokset vaikuttavat taas eettisiin ratkaisuihin. (Tuomi & Sarajärvi 2013, 125.)

Tuomi ym. (2013, 128) kertoo, että tutkimusetiikan ongelmat ovat pääasiassa tutkimustoimin-taan liittyvät seikat, kuten aineiston kerääminen, analyysin luotettavuus ja tutkimustulosten esittelytapaan. Metologisena seikkana tutkimusetiikka tarkoittaa tutkijan kaikkia moraalisia valintoja.

Eettinen kysymys on myös tutkimusaiheen valinta. Eettistä pohdintaa aiheeseen liittyen on, että miksi tutkimus tehdään sekä kenen ehdoilla aihe valitaan. Eettiset ratkaisut ja tutkimuk-sen uskottavuus kulkevat yhdessä. Hyvän tieteellisen käytännön noudattaminen perustaa tut-kimuksen uskottavuutta. Tutkijan hyvään tieteelliseen käytäntöön kuuluu tiedeyhteisön tun-nustamien toimintatapojen noudattaminen. Näitä ovat rehellisyys, huolellisuus sekä tutkimus-työn tarkkuus. Tutkijan tulee soveltaa eettisesti kestäviä sekä tutkimuksen kriteerien mukai-sia tiedonhankinta-, tutkimus-, sekä arviointimenetelmiä. Tutkijan tulee kunnioittaa muiden tutkijoiden töitä, niiden ansaitsemalla tavalla. (Tuomi ym. 2013, 131- 132.)

Laadullinen tutkimus asenne on toimiva toiminnallisissa opinnäytetöissä, joissa tavoitteena on toteuttaa tai kehittää ideaa, joka nojaa kohderyhmän näkemyksiin. Näissä tapauksissa toimii aineiston keräämisen tapana joko ryhmä- tai yksilökysely. Yksilökyselyssä käytetään tutkimuk-sen keinoina joko teema- tai lomakekyselyä. Lomakekyselyä käytettäessä kaikille tutkittaville tulee esittää samat strukturoidut kysymykset, jossa kaikilta kysytään samassa järjestyksessä täysin samat avoimet kysymykset. (Vilka, ym. 2003. 63-64).

Vilkan (2005, 127) mukaan harkinnanvarainen näyte tukee tutkimusaineiston laatua sekä pe-rustelemista.

Syyslukukauden (2013) alkaessa suoritettiin opinnäytetyön loppuviimeistely ja arviointiosio. Arviointiin osallistuminen oli vapaaehtoista. Kaikilla kyselyyn vastanneilla oli kokemusta kirjaamisesta sekä sähköisistä käyttöjärjestelmistä. Arviointiin liittyvä opetusosuus pidettiin 9.9.13 ja tilaisuudessa annettiin opetusta arvioijille simulaatio-ohjelmasta. Ohjeita annettiin kyselylomakkeeseen liittyen. Tarkoituksena oli, että ennalta valittu ryhmä vastaa kyselyyn. Valintakriteereihin kuului aiempi kirjaamisen kokemus. Tuomen ym. (2013, 72- 73) mukaan aineistonkeruumenetelmät laadullisessa tutkimuksessa ovat yleisemmin haastattelu, havainnointi, kysely sekä teoreettinen tieto. Menetelmiä voidaan käyttää yksinään tai yhdistelemällä.

Laadullisessa tutkimuksessa ei pyritä yleistämään vaan ymmärtämään tietynlaista toimintaa, kuvaamaan tapahtumaa tai ilmiötä ja tekemään jollekin ilmiölle teoreettisesti mukava tulkin- ta. Henkilöillä, joilta kerätään tietoa opinnäytetyöhön tulisi olla paljon kokemusta ja tietä- mystä aiheesta. Tämän vuoksi tiedonantajien valinta tulisi olla hyvin harkittua. (Tuomi ym. 2009. 85.)

Arvioijaryhmä koostui hoitotyön opiskelijoista sekä pedagogista näkökulmaa saatiin hoitotyön lehtorilta, joka ei ollut projektissa muutoin mukana. Potilasesimerkkejä ja prosessinomaista kirjaamista arvioi yhteensä kolme sairaanhoitajaopiskelijaa, yksi ylemmän ammattikorkeakou- lu tutkinnonopiskelija sekä hoitotyön lehtori. Simulaatio-kirjaamisohjelman käytettävyyttä arvioi yhteensä viisi opiskelijaa.

Vilkan (2005, 127) mukaan harkinnanvarainen näyte tukee tutkimusaineiston laatua sekä pe- rustelemista. Tutkimusaineisto perustuu valintakriteereiden mukaan kerättyyn tietoon. Tutki- jan on itse päätettävä, mikä tutkimukseen sopii sekä mitä harkinnanvaraisuus tarkoittaa. Tut- kijan tulee arvioida valintakriteereidensä toimivuutta varsinaisessa raportissa. Kyselyyn vas- taajat vastasivat kysymyksiin tekemästämme sisällöstä kirjaamisen simulaatio- ohjelmaan. Saatuja tuloksia tarkasteltiin sisällönanalyysillä. Pidimme harkinnan varaista näytettä sopiva- na keinona opinnäytetyömme tutkimusosuudessa. Tämä antoi tutkijoille mahdollisuuden laa- dukkaaseen sisällönanalyysiin. Kysely (Liite 1) tehtiin pienelle ryhmälle, jolla on taitoa sekä tietoa kirjaamisesta. Tämä nosti tutkimuksen luotettavuutta. Arvioitsijat tarkastelivat aihetta kahdesta näkökulmasta: Simulaatio-ohjelman käytettävyyden kannalta ja potilasesimerkkien prosessinomaisuuden, informatiivisuuden sekä käytettävyyden kannalta.

Arviointi kysely tehtiin valmiiksi laaditulla kyselylomakkeella, jonka laatimisesta oli vastuussa aiemman opinnäytetyöryhmän henkilöt. Kyselylomaketta oli käytetty kyseisen ryhmän tuotos- ten arviointiin. Samaa lomaketta käytettäessä saimme samankaltaista tietoa, jota arviointiin haluttiin.

Kaikille arvioijille lähetettiin sähköpostitse kyselylomake, hoitosuunnitelmat ja ohjelman käyttöohjeet. Vastausaikaa arvioijat saivat 16.09.2013 asti. Näin he saivat kokeilla viikon ajan sähköistä järjestelmää kotonaan. Vastaukset lähetettiin sähköpostitse opinnäytetyön tekijöille sekä opinnäytetyön ohjaajalle, jonka jälkeen tuloksia käsiteltiin sisällönanalyysillä. Työ esiteltiin julkaisuseminaarissa 25.09.2013, jossa myös opinnäytetyöstä saatiin palautetta opiskelijoilta sekä ohjaajilta.

Sisällönanalyysi on laadullisen tutkimuksen perusprosessi. Sisällönanalyysillä tiivistetään kerätty aineisto lyhyeksi ja yleistäväksi kuvailemaan tutkittavaa asiaa. Tätä voi käyttää laadulliseen ja määrälliseen aineistoon. Erona on, että laadullinen materiaali on sanallisessa tai kuvallisessa muodossa. Määrällisessä on taas materiaalina mitattavia muuttujia. Tällä menetelmällä voidaan havainnoida ja analysoida dokumentteja systemaattisesti. Sisältöä selitetään ja kuvataan muuttumattomana. (Janhonen ym. 2003, 23.)

Tehdessä laadullista tutkimusta, ei tutkimuksen luotettavuutta sekä tutkimuksen toteuttamista voida pitää erillisinä tapahtumina. Luotettavuutta voidaan viimeiseksi myös arvioida tutkija itse. Tällöin hänen rehellisyytensä arvioi tekoja, valintoja sekä tutkimuksessa tehtyjä ratkaisuja. (Vilka 2005, 158- 159.) Yhtä selkeitä luotettavuuden kriteereitä kuin määrälliselle tutkimukselle ei ole laadulliselle tutkimukselle kehitetty. Jotkut tutkijat ovat sitä mieltä, että arviointikriteerit laadullisessa ja määrällisessä ei eroaisi toisistaan paljoakaan. Tätä mieltä olevat, esittävät tutkimuksen validiteetin ja reliabiliteetin arviointi kriteereiksi, mutta sisältö poikkeaa määrällisestä versiosta. Tulkinta, joka on tuotettu laadullisessa tutkimuksessa on aina tutkijan persoonallinen näkemys, johon linkittyy hänen omat tunteensa ja oivalluksensa. (Paunonen ym. 1998, 215.)

Luotettavuus koostuu tutkijasta, materiaalin laadusta, analyysistä ja tulosten esittämisestä. Tiedon laatu, joka on saatu aineiston keruun kautta on paljolti kiinni siitä kuinka tutkija on onnistunut tavoittamaan tutkittavan ilmiön. Tällöin aineiston laatu ja tutkijan taidot, oivalluskyky ja arvot aineiston keruussa korostuvat. Aineiston ja tulosten välinen yhteys tulee osoittaa luotettavasti. (Janhonen ym. 2003, 36-38.)

Hyvään tieteelliseen käytäntöön kuuluu myös, että tutkimuksen raportointi, toteutus ja suunnittelu on tehty asetettujen vaatimusten edellyttämällä tavalla. Aineiston säilyttämistä, tutkimusryhmän osuutta, oikeuksia, vastuita sekä velvollisuuksia on määritelty ja kirjattu hyväksytyllä tavalla. (Tuomi ym. 2013, 132- 133.)

Kyselyn tuloksia voidaan pitää luotettavina, koska osallistuminen kyselyyn oli vapaaehtoista ja vastauksia käsiteltiin nimettöminä. Kaikki osallistujat myös vastasivat kyselyyn kokonaisuudessaan. Kyselyn tulokset säilytettiin ja hävitettiin asianmukaisesti. Teoriaosuus oli yhteenso-

piva tuotoksen kanssa, joka lisää opinnäytetyön luotettavuutta. Eettisyyttä näkyy siinä, että potilasesimerkit olivat opinnäytetyöntekijöiden omaa mielikuvitusta, joten kenenkään potilaan tietoja ei ole käytetty työn tekemiseen. Eettisyyttä voi nähdä läpi työn valintojen perusteella.

5.1 Potilashoitosuunnitelmaesimerkkien arvioinnin tulokset

Potilasesimerkit ja hoitosuunnitelmat saivat varsin hyvää palautetta. Arvioitsijat olivat sitä mieltä, että tuotokset sopivat hyvin ohjelmaan ja ne täyttivät niiltä vaaditut kriteerit. Hoitotyön prosessinomaisuus tuli kaikissa töissä esille, ja tämä oli arvioitsijoiden mielestä jopa kiitettävää. Hoitosuunnitelmat olivat arvioitsijoiden mukaan selkeitä, lukijalle selviää mitä on tehty ja kuinka hoito on alkanut vaikuttamaan potilaaseen.

Vapaa teksti oli arvioinnin mukaan hyvin kirjattu ja se ohjasi hyvin työtä sekä siihen kuuluvia osia. Potilaslähtöisyyttä oli esimerkeissä, mutta sitä olisi voitu vielä enemmänkin huomioida. Potilasesimerkit sopivat hyvin opiskelututkimukseen, edellyttäen että opiskelija tutustuu ennalta FinCC-luokitukseen. Prosessit oli hyvin kuvattu hyvin ja tutkittu tieto näkyi kirjaamisessa.

Vapaata tekstiä oli hoitosuunnitelmissa riittävästi eikä lainkaan liikaa. Potilaan itsemääräämisoikeuksia oli kunnioitettu sekä näyttöön perustuvuuden pystyi tarkistamaan lähteistä. Hoitotyön vaiheet oli kirjattu hyvin ja ne etenivät johdonmukaisesti. Näyttöön perustuvuus oli sovellettu hoitosuunnitelmissa.

Hoidon tarve- sekä toimintoluokituksesta on valittu oikeat komponentit, pääluokat sekä alaluokat. Osa arvioitsijoista olisi tehnyt pieniä ”viilauksia” töihin esim. erilaisen ruokavalion tai lääkkeen antoreitin merkeissä. Nämä olivat niin sanottuja makuasioita, joista näkyy erilaisten hoitajien ammattitaito ja kokemus.

Osa taas olisi toivonut enemmän potilaslähtöisyyttä, toiset taas olivat sitä mieltä, että töissä oli tarpeeksi potilaslähtöisyyttä. Tässä näkyy myös eri tavat nähdä asioita. Hoitosuunnitelmat olivat selkeitä, että esim. lääkäri olisi pystynyt seuraamaan sen hetkistä hoidon prosessia, ja näin hyödyntämään tietoa päätöksen teossa. Kirjattua tietoa olisi arvioijien mukaan voinut käyttää apuna moniammatillisessa työskentelyssä.

Pedagoginen arviointi hoitosuunnitelma esimerkeistä

Tavoitesuuntainen kirjaaminen näkyi hoitosuunnitelmissa ja hoitosuunnitelmat ovat loogisia kokonaisuuksia. Kaikissa esimerkeissä toteutuu prosessinomaisuus. Joihinkin esimerkkeihin toivottiin hieman enemmän selvyttä ja erilaisia komponentteja, kuin hoitosuunnitelmiin valitut.

Potilaslähtöisyyttä toivottiin hieman enemmän potilaan oman näkemyksen muodossa. Komponenttien valinnoissa näkyi kuitenkin perusteltavuus. Hoidon arvioinnissa näkyi hoitajalähtöisyys, joten myös siihen kohtaan toivottiin potilaslähtöisyyttä enemmän. Hoitotyön prosessin kuvaukset olivat hienoja kokonaisuuksia ja kirjaaminen käyttökelpoista. Oppimistehtävät sopivat arvioijan mukaan 1-2. vuoden opiskelijoille.

5.2 Simulaatio-ohjelman käytettävyyden arvioinnin tuloksia

Kyselyyn osallistujat arvioivat simulaatio-ohjelman demo-osuutta kokeiltuaan käyttöä viikon ajan. Arvioitsija saivat ohjelman asennettua omille tietokoneilleen ja käyttö-ohjeen ohjelman käyttöön. Käytettävyyden arvioijat pitivät erityisesti siitä, että laboratoriotulokset saatiin helposti esille ohjelmasta. Hoitoon liittyvät potilasmerkinnät olivat hyvin havaittavissa. Itse käyttöoppaassa oli niukasti tietoa demo-ohjelman käytöstä.

Arvioijat olivat sitä mieltä, että uuden merkinnän tekeminen potilaan tietoihin oli suhteellisen monen eri klikkauksen päässä. Tämä vaikeutti oppimista. Ajatelleen aikaa mitä hoitajan on mahdollista irrottaa hoitotyöstä kirjaamiseen, oli ohjelman käyttäminen erään arvioijan mielestä liian vaikeaa. Ohjekirjaan toivottiin enemmän ohjausta tehtävien teosta. Ehdotettiin, että opiskelijoille ja pääkäyttäjille olisi omat käyttö-ohjeet.

Ohjelmaa voisi kehittää niin että, voitaisiin luoda raportteja, jotka ovat olennainen osa hoitotyötä. Arvioitsijoiden testatessa ohjelmaa, ilmestyi järjestelmällisesti eri virheilmoituksia. Nämä ilmoitukset häiritsivät käyttäjän testausta, ja voitiin olettaa sen johtuvan ohjelman keskeneräisyydestä. Ohjelmaan toivottiin ns. pop up -ikkunoita, jotka voisivat esimerkiksi muistuttaa eri tutkimusten suoritustavoista yms. Uusi merkintä -kohta tarvitsi arvioitsijoiden mukaan hiomista. Toimintoja pystyi tallentamaan tällä hetkellä vain yhdellä tavalla, johon toivottiin muutamaa eri tapaa. Tällöin käyttäjä voisi itse valita itselleen sopivimman käyttö-tavan.

Arvioinnissa todettiin, että ohjelma oli selkeästi vielä keskeneräinen, joten kokonaiskuvan saaminen ei ollut mahdollista. Ohjelmiston toiminta on johdonmukaista ja selkeää. Potilasta koskevat tiedot olivat helppo täyttää niihin tarkoitettuihin paikkoihin sekä helppo löytää siel-

tä. Ohjelmaa olisi helppo käyttää hoitotyössä, jossa potilasta koskevat tiedot on kirjattava nopeasti tiedostoon. Kokonaiskuvaa voitaisiin arvioida, kun kaikki osat ohjelmassa olisivat valmiita. Tietokkunoita potilaasta oli tarpeeksi, mutta ohjelmalla ei pystynyt katselemaan kahden eri potilaan tietoja samaan aikaan. Jatkokehittämisellä saadaan ohjelmasta varmasti johdonmukaisempi.

5.3 Johtopäätökset ja kehittämisehdotukset

Kehittämisehdotuksena seuraava opinnäytetyöryhmä voisi tuottaa kirjaamisen simulaatio-ohjelmaan keskivaikeita hoitosuunnitelmaesimerkkejä. Opinnäytetyön aihe on ajankohtainen, joten projektia kannattaa jatkaa. Simulaatio-ohjelman käytettävyydestä voitaisiin tehdä uusi kysely, kun ohjelma valmistuu.

Opinnäytetyön tuotos sai hyvää palautetta ja samalla saatiin myös arviointia sähköisen järjestelmän käytettävyydestä. Olemme tyytyväisiä opinnäytetyöhön, vaikka loppuvaiheessa tuli hieman kiire. Tuotos sopii varmasti simulaatio-ohjelmaan ja siihen olemme tyytyväisiä. Työn tarkoituksena oli kehittää simulaatioympäristöä ja mielestämme onnistuimme siinä. Opinnäytetyön prosessi oli ajallisesti lyhyt ja olisimme halunneet syventyä hoitosuunnitelmiin syvemmin. Opinnäytetyön tavoitteisiin on siis mielestämme päästy.

Lähteet

Kirjat

- Ahonen, O., Blek-Vehkaluoto, M., Ekola, S., Partamies, S., Sulosaari, V. & Uski-Tallqvist, T. 2012. Kliininen hoitotyö. Helsinki: Sanoma Pro Oy.
- Hallila, L. 2005. Näyttöön perustuva hoitotyön kirjaaminen. Helsinki: Tammi.
- Heikkinen, H L.T., Rovio E., Syrjälä, L. 2010. Toiminnasta tietoon. Vantaa: Hansaprint Oy.
- Hirsjärvi, S., Remes P., Sajavaara, P. 2008. Tutki ja kirjoita. Keuruu: Otavan kirjapaino Oy.
- Iivanainen, A., Syväoja, P. 2008. Hoida ja kirjaa. Helsinki: Tammi.
- Janhonen, S., Nikkonen, M. 2003. Laadulliset tutkimusmenetelmät hoitotieteessä. Juva: Werner.
- Kristoffersen, N., Nortvedt, F., Skaug, E. 2006. Hoitotyön perusteet. Tanska: Edita.
- Lauri, S., Eriksson, E. & Hupli, M. 1998. Hoidollinen päätöksenteko. Porvoo: WSOY.
- Paunonen, M., Vehviläinen-Julkunen, K. 1998. Hoitotieteen tutkimusmetodiikka. Juva: WSOY.
- Rautava-Nurmi, H., Westergård, A., Henttonen, T., Ojala, M., Vuorinen, S. 2012. Hoitotyön taidot ja toiminnot. Helsinki: Sanoma Pro Oy.
- Rosenberg, P., Silvennoinen, M., Mattila, M-M. & Jokela, J. 2013. Simulaatio- oppiminen terveydenhuollossa. Helsinki: Fioca.
- Salakari, H. The simulator instructor's handbook. 2011. Finland: Eduskills Consulting.
- Saranto, K., Ensio, A., Tanttu, K., Sonninen, A L. 2007. Hoitotietojen systemaattinen kirjaaminen. Porvoo: Wsoy.
- Tuomi, J., Sarajärvi, A. 2013. Laadullinen tutkimus ja sisällön analyysi. Vantaa: Tammi.
- Vilkka, H. 2006. Tutki ja havainnoi. Helsinki: Tammi.
- Vilkka, H. 2005. Tutki ja kehitä. Helsinki: Tammi.
- Vilkka, H. Airaksinen T. 2003. Toiminnallinen opinnäytetyö. Jyväskylä: Tammi.

Artikkelit

- Alinier, G. 2006. Investing in sophisticated medical simulation training equipment: is it really worth it? HICESC, University of Hertfordshire; 1-5.
- Beth, M., Descheneaux, R., Norfleet, J. & Pettitt, H. 2009. Task specific simulations for medical training: Fidelity requirements compared with level of care. Simulation and Education conference (1/ITSEC). Florida. USA: 3-11.
- Gaba, D, M. 2004. The future vision of simulation in health care. Qual Saf Health Care 2004; 3-9.
- McCormick, A., Delaney, C., Flatley Brennan, P., Effken, J., Kendrick, K., Murphy, J., Skiba, D., Warren, J., Weaver, C., Weiner, B., Westra, B. 2007; 1-6. Guideposts to the Future—An

Agenda for Nursing Informatics. Viitattu 28.2.2013.
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2215078/>

Nykänen & Junttila (toim.). Hoitotyön ja moniammatillisen kirjaamisen asiantuntijaryhmän loppuraportti - suositukset ja toimenpide-ehdotukset hoitotyön ja moniammatillisen kirjaamisen kehittämiseksi. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos (THL). Helsinki 2012; 3-4. Viitattu 25.9.2013. https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/90814/URN_ISBN_978-952-245-666-3.pdf?sequence=1

Sensmeier J. 2010. Nursing informatics: Designing the healthcare of the future. Chicago; 52-53. Viitattu 28.02.2013. http://journals.lww.com/nursingmanagement/Fulltext/2010/12000/Nursing_informatics__Designing_the_healthcare_of.15.aspx

Internet-lähteet

Alinier, G. 2006. Investing in sophisticated medical simulation training equipment: Is it really worth it? Viitattu 2.3.2013. <https://uhra.herts.ac.uk/dspace/bitstream/2299/867/1/900938.pdf>

Beth, Descheneaux, Norfleet & Pettitt 2009. Task Specific Simulations for Medical Training: Fidelity Requirements Compared with Levels of Care. Viitattu 23.2.2012. <http://www.dtic.mil/cgi-bin/GetTRDoc?AD=ADA514663>

Gaba, M. 2004. The future vision of simulation in health care. Viitattu 23.2.2013.
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1765792/pdf/v013p000i2.pdf>

JB1 Approach. 2005.viitattu 23.2.2013. <http://www.joannabriggs.org/JB1%20Approach>

Käypä hoito -suositus. 2012. Viitattu 10.3.2013. <http://www.kaypahoito.fi/web/kh/esittely>

Liljamo, P., Kinnunen, U-M., Ensio, A. 2012. FinCC-luokituskokonaisuuden käyttöopas - SHTaL 3.0, SHToL 3.0, SHTuL 1.0. Viitattu 01.09.2013. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-245-675-5>

Näyttöön perustuva toiminta. Mitä tarkoitetaan näyttöön perustuvalla toiminnalla (NPT)? Viitattu 6.3.2013. <http://www.hotus.fi/hoitotyön-tutkimussaatio/nayttoon-perustuva-toiminta>

Sairaanhoitajan eettiset ohjeet. 1996. Viitattu 28.2.2013. http://www.sairaanhoitajaliitto.fi/sairaanhoitajan_tyo_ja_hoitotyön/sairaanhoitajan_tyo/sairaanhoitajan_eettiset_ohjeet/

Smith- Nephew trademark. Pico-laitteen potilasopas. Kotihoito-ohje potilaalle. 2011. Vantaa. Viitattu 1.7.2013. <http://www.smith-nephew.com/global/assets/other/v1-pico/>

Smith- Nephew trademark. Pico- laitteen esittely, käyttöaiheet, tutkimustieto ja potilaiden kokemuksia. Viitattu 1.8.13 <http://www.smith-nephew.com/suomi/tuotteet/pico-/>

Sosiaali- ja terveysministeriön asetus potilasasiakirjoista. Viitattu 28.02.2013
<http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2009/20090298?search%5Btype%5D=pika&search%5Bpika%5D=potilasasiakirja>

STM. 2009. Johtamisella vaikuttavuutta ja vetovoimaa hoitotyöhön. Toimintaohjelma 2009-2011. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2009:18. Yliopistopaino, Helsinki. Viitattu 10.3.2013. http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=39503&name=DLFE-10623.pdf

Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin, Diabetesliiton lääkarineuvoston, Suomen Endokrinologiyhdistyksen ja Suomen Ihotautilääkäriyhdistyksen asettama työryhmä. Käypä hoito. Dia-

beetikon jalkaongelmat. 2009. Viitattu 1.6.2013.

<http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suositukset/naytaartikkeli/tunnus/hoi50079>

Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Ihotautilääkäriyhdistyksen asettama työryhmä. Käypä hoito. Krooninen alaraajahaava. 2007. Viitattu 1.5.2013.

<http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suositukset/naytaartikkeli/tunnus/hoi50058>

Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Neurologinen yhdistys ry:n asettama työryhmä. Käypä hoito. Migreeni. 2008. Viitattu 1.8.2013.

<http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suositukset/naytaartikkeli/tunnus/hoi36050>

Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin, Societas Gerontologica Fennican, Suomen Neurologisen Yhdistyksen, Suomen Psykogeriatrisen Yhdistyksen ja Suomen Yleislääketieteen Yhdistyksen asettama työryhmä. Käypä hoito. Muistisairaudet. 2010. Viitattu 1.6.2013.

<http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suositukset/naytaartikkeli/tunnus/hoi50044>

Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Gynekologiyhdistyksen asettama työryhmä. Käypä hoito. Virtsankarkailu (Naiset). 2011. Viitattu 23.6.2013.

<http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suositukset/naytaartikkeli/tunnus/hoi50050>

Teknologia ja etiikka sosiaali- ja terveysalan hoidossa ja hoivassa.2010. ETENE. Viitattu 10.3.2013. http://www.etene.fi/c/document_library/get_file?folderId=41970&name=DLFE-1504.pdf

Tietoa Laureasta. 2013. Viitattu 26.2.2013. <http://www.laurea.fi/fi/tietoa-laureasta/Sivut/default.aspx>

Vilkka, H. 2010. Toiminnallinen opinnäytetyö. Viitattu 13.3.2013

http://vilkka.fi/hanna/Toiminnallinen_ont.pdf

Virtanen, L., Valli T. Simulointi ja www. 1997. Tampereen yliopisto. Viitattu 12.3.2013.

<http://www.cs.uta.fi/ipopp/www/ipopp97/valli-virtanen/>

Laurea-ammattikorkeakoulu. 2012. Laurean opinnäytetyön käytänteet. Viitattu 9.10.2013

<https://optima.discendum.com/learning/id74/bin/user?rand=8787>

Kuvat

Kuva 1: Asiantuntijuusmalli hoitotyössä (Hotus 2013)

Kuviot

Kuvio 1: Avainkäsitteet

Kuvio 2: Hoitotyön kirjaamista säätelevät lait ja asetukset (Ahonen ym. 2012)

Kuvio 3: FinCC- luokituksen osa- alueet (Liljamo ym. 2012)

Kuvio 4: Hoitoprosessin omainen kirjaaminen (Ahonen ym. 2012, Liljamo ym. 2012)

Kuvio 5: Näyttöön perustuva hoitotyö (Hotus 2013)

Kuvio 6: Näyttö (evidence) hoitotyössä (Hotus 2013)

Liitteet

Liite 1. Kyselylomake

Liite 1.Kyselylomake

Tarkoituksena on arvioida potilastapauksia eli casejä, miten ne toteutuvat kansallisen mallin mukaan, miten potilaslähtöisyys ilmenee ja miten niissä on huomioitu näyttöön perustuva tieto.

Toisena tarkoituksena on arvioida potilastietojärjestelmän opetusohjelman käytettävyyttä. Case tapausten arvioitavat kysymykset:

Kerro millä tavalla casessa näkyy hoitotyön prosessinomaisuus kansallisen kirjaamismallin mukaan toteutettuna?

Käsitle esimerkkiä tehtävä kerrallaan.

Syntyykö mielestäsi esimerkin ja kirjauksen perusteella hoitotyön prosessi joka alkaa potilaan hoidon tarpeen ja tavoitteen määrittämisestä ja jatkuu suunniteltuna toimintona ja toteutuksena? Entä näkyykö esimerkistä, että päästiinkö tavoitteeseen?

Onko mielestäsi valittu oikeat komponentit, pää- ja alaluokat? Luokat ovat merkitty numerisarjoina sulkeiden sisällä, esim.: (5188+5195+5196 SHTaL).

Jos hoitotyön prosessinomaisuus ei toteudu kansallisen kirjaamismallin mukaisesti casessa, niin miten ehdottaisit, että case tulisi tällöin muokata? Kirjaa yksityiskohtaiset kommentit exeliin, niin tiedetään mihin kohtaan kommentti kuuluu.

Mitä mieltä olet komponenttien, pääluokkien, alaluokkien ja vapaan tekstin informatiivisuudesta potilaan hoidon kannalta läpi casen?

Millä tavoin casessa toteutuu potilaslähtöisyys? Näkyykö siinä potilaan näkökulma?

Millainen on case opiskelijan käytettävyyden ja informatiivisuuden näkökulmasta katsottuna?

Miten näyttöön perustuva tieto on esillä? Mitä tietoa tarvitset lisää? Kirjaa ehdotus selkeästi, mitä lisäisit.

Miten ohjeet tukevat opiskelijaa tekemään casejä?

Saatko ohjeista tarvittavan tiedon?

Mitä haluat lisätä ohjeistukseen?

Kirjaa ehdotuksesi selkeästi, niin että se voitaisiin lisätä ohjeistukseen tarvittaessa.

Opetusohjelman käytettävyys

Kun teet ohjelmalla potilastapauksia, niin miten löydät tekstit?

Onko oikean hoitotyön koodin löytäminen riittävän helppoa?

Ohjelman käytettävyys oikeiden potilaiden hoitamisessa hoitajan näkökulmasta

Onko kaikki tarpeelliset potilasmerkinnät helposti löydettävissä?

Saako potilaan saamasta hoidosta helposti kokonaiskuvan?

Voiko uudet merkinnät tehdä riittävän helposti oikeissa kohdissa?

Hyödyntääkö ohjelmisto riittävästi tilannekohtaisia oletusarvoja?

Onko ohjelmiston toiminta johdonmukaista?

Löytyykö ohjekirjasta kaikki tarpeellinen?